

A SAÚDE COLETIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA

EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS DO ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO NORDESTE BRASILEIRO

MICHAEL FERREIRA MACHADO
TÚLIO ROMÉRIO LOPES QUIRINO
CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA
(ORG.)



 **Edufal**

MICHAEL FERREIRA MACHADO
TÚLIO ROMÉRIO LOPES QUIRINO
CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA
(ORG.)

A SAÚDE COLETIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA: EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS DO ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO NORDESTE BRASILEIRO

As pesquisas apresentadas nesta obra foram entregues e submetidas, no ano de 2020, ao Edital N° 01/2020 da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal) como partes do Programa de Publicação de Conteúdos Digitais – Seleção de Propostas para Publicação de E-books relacionados à pandemia da Covid-19.

 **Edufal**
Editora da Universidade Federal de Alagoas

Maceió, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Reitor

Josealdo Tonholo

Vice-reitora

Eliane Aparecida Holanda Cavalcanti

Diretor da Edufal

José Ivamilson Silva Barbalho

Coordenação editorial

Fernanda Lins

Conselho Editorial Edufal

José Ivamilson Silva Barbalho (Presidente)

Fernanda Lins de Lima (Secretária)

Adriana Nunes de Souza

Bruno Cesar Cavalcanti

Cicero Péricles de Oliveira Carvalho

Elaine Cristina Pimentel Costa

Gauss Silvestre Andrade Lima

Maria Helena Mendes Lessa

João Xavier de Araújo Junior

Jorge Eduardo de Oliveira

Maria Alice Araújo Oliveira

Maria Amélia Jundurian Corá

Michelle Reis de Macedo

Rachel Rocha de Almeida Barros

Thiago Trindade Matias

Walter Matias Lima

Projeto gráfico Lince Editorial

Diagramação: Mariana Lessa

Imagem da Capa: Michael Ferreira Machado e Dyzon Francelino Silva

Catálogo na fonte

Universidade Federal de Alagoas

Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 - 1767

S255 A saúde coletiva em tempos pandemia [recurso eletrônico] :
experiências e aprendizados do enfrentamento à COVID-19 no
Nordeste brasileiro / Carlos Dornels Freire de Souza, Michael
Ferreira Machado, Túlio Romério Lopes Quirino [organizadores]. –
Maceió, AL : EDUFAL, 2021.
228 p. : il.

E-book.

Inclui bibliografias.

ISBN 978-65-5624-044-2

1. COVID-19 - Brasil, Nordeste. 2. Saúde pública. 3. Políticas
públicas de saúde. 4. Estratégias de saúde. 5. Vigilância em saúde
pública. 6. Atenção à saúde. I. Souza, Carlos Dornels Freire de. II.
Machado, Michael Ferreira. III. Quirino, Túlio Romério Lopes.

CDU: 614:578.834(812/813)

Editora afiliada



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE EDITORAS UNIVERSITÁRIAS



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

PARTE 1

POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

1 A BATALHA NORDESTINA CONTRA O CORONAVÍRUS 15
Rodrigo Pereyra de Sousa Coelho

**2 ESTRATÉGIAS DE COMBATE À COVID-19 NO NORDESTE DO BRASIL:
UM OLHAR SOBRE AS INFORMAÇÕES DOS SITES DAS SECRETARIAS
ESTADUAIS DE SAÚDE** 24
Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Vick Brito Oliveira
Rogério Fabiano Gonçalves
Keila Silene de Brito e Silva
Juliana Gonçalves

**3 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO COMBATE A PANDEMIA DE COVID-19 NO
CEARÁ** 36
Juliana Vieira Sampaio
Francisco Jadson Franco Moreira
Maria Lourdes dos Santos
Jéssica Araújo de Carvalho
Francivânia Brito Mattos
Morgana Dias Chaves
Márcia Antônia Dias Catunda

**4 TELESSAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM RECIFE:
TELEORIENTAÇÃO, TELEMONITORAMENTO E TELEACOLHIMENTO
MEDIADOS PELO APLICATIVO ATENDE EM CASA**.....47
Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães
Isabel Brandão Correia
Kleber Soares Araújo
Tássia Fernanda Carneiro de Andrade
Rubens Cavalcanti Freire da Silva
Maria Angélica Bezerra de Oliveira
Mariana Troccoli de Carvalho
Karina Maria Farias Tenório
Ana Sofia Pessoa da Costa Carrarine
Jailson de Barros Correia



5 POPULAÇÃO NEGRA, DESIGUALDADES RACIAIS E A PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DO NORDESTE DO BRASIL61

Talita Rodrigues da Silva
Anderson Bezerra da Silva
Emanuelle Góes
Tereza Lyra

PARTE 02
VIGILÂNCIA EM SAÚDE E COVID-19

6 EPIDEMIOLOGIA EM TEMPOS DE COVID-19: UMA CIÊNCIA UNIFICADORA73

Carlos Dornels Freire de Souza

7 EPIDEMIOLOGIA DA COVID-19 NO NORDESTE DO BRASIL 80

Carlos Dornels Freire de Souza
Rodrigo Feliciano do Carmo
Divanise Suruagy Correia
Tânia Rita Moreno de Oliveira Fernandes
Adeilton Gonçalves da Silva Junior
Renato de Souza Mariano
Bruno Eduardo Bastos Rolim Nunes
Thiago Cavalcanti Leal
Lucas Gomes Santos
João Paulo da Silva Paiva
Leonardo Feitosa da Silva
Michael Ferreira Machado
Túlio Romério Lopes Quirino

8 PLANEJAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA COVID-19 NO NORDESTE..... 90

Michael Ferreira Machado
Túlio Romério Lopes Quirino
Carlos Dornels Freire de Souza

9 COVID-19 E POPULAÇÃO INDÍGENA: REFLEXÕES PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 99

Rodrigo Feliciano do Carmo
Amanda Júlia de Arruda Magalhães
Louryanne de Castro Silva
Vitória Ingryd dos Santos Cardoso
Yasmin Vitória Silva Nobre
Érika de Fátima Machado Soares
Ayara Jhulia Palmeira Dantas Lima
Lucas Gomes Santos
Adeilton Gonçalves da Silva Junior
Carlos Dornels Freire de Souza

PARTE 3

A ATENÇÃO À SAÚDE E A PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM CENÁRIOS DE PANDEMIA

10 (RE)ORGANIZAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE EM UM CONTEXTO PANDÊMICO: TRANÇANDO EXPERIÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS DO RECIFE/PE 107

Adriana Lobo Jucá

Carla Caroline Silva dos Santos

Jucianny Medeiros Araújo

Luana Padilha da Rocha

Maria Soraida Silva Cruz

Thatiana Ferreira de Vasconcelos

Túlio Romério Lopes Quirino

11 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 NO INTERIOR DE ALAGOAS 122

Roberta de Albuquerque Wanderley

Maria Deysiane Porto Araújo

Yasmin Vitória Silva Nobre

Michael Ferreira Machado

12 O LUTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 129

Thaís Camille Alves Gonçalo

Carla Caroline Silva dos Santos

Adriana Lobo Jucá

Vick Brito Oliveira

Isabelle Diniz Cerqueira Leite

13 ESTRUTURAÇÃO DA REDE LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM COVID-19: ANALISANDO TRÊS CENÁRIOS NO INTERIOR DA BAHIA 139

Edmilson Nascimento

Gleison Alves de Souza Batista

Juliane Caires dos Santos Macêdo

Ceany Cristina Pinho Costa

Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho

Túlio Romério Lopes Quirino



14 FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS: ATUAÇÃO DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 EM PARNAÍBA-PI 154

Lorena Sousa Soares

Ana Caroliny de Barros Soares Lima

Kauan Gustavo de Carvalho

Luís Felipe Oliveira Ferreira

Tháís Fernanda Ribeiro de Moura

Vanessa Leal Lira

15 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO 160

Ceanny Cristina Pinho Costa

Dayana Dourado de Oliveira Costa

Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho

Edmilson Nascimento

Gleison Alves de Souza Batista

Juliane Caires dos Santos Macêdo

Tulio Romério Lopes Quirino

Michael Ferreira Machado

16 SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DO SUS: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO COMUM E NA AFIRMAÇÃO DAS VIDAS NO CONTEXTO DA COVID-19 168

Ana Kalliny de Sousa Severo

Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

PARTE 4

COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E COVID-19

17 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL: DEBATENDO A PRODUÇÃO DISCURSIVA DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA À COVID-19.178

Edgley Duarte de Lima

Nara Raquel Barbosa da Silva

Mitlene Kaline Bernardo Batista

Túlio Romério Lopes Quirino



18 EDUCAÇÃO EM SAÚDE INCLUSIVA NA PANDEMIA: ATUAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS DE UMA UNIVERSIDADE DO SERTÃO BRASILEIRO 191

Isabel Dielle Souza Lima Pio

Karla Daniele de Sá Maciel Luz

Deuzilane Muniz Nunes

19 MÍDIA E COVID-19: DIMENSÕES TEMÁTICAS DA PANDEMIA NA COBERTURA DE UM JORNAL DA BAHIA..... 200

Yuri Sá Oliveira Sousa

Rafaela Bahia Borges Forte

20 DO PRIMEIRO CASO À PRIMEIRA MORTE POR COVID-19 NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE A COBERTURA JORNALÍSTICA DO JORNAL NACIONAL, REDE GLOBO..... 211

Adeilton Gonçalves da Silva Júnior

Carlos Dornels Freire de Souza

SOBRE OS AUTORES 221



APRESENTAÇÃO

A COVID-19, doença viral causada por uma nova variação da família *coronaviridae*, rapidamente foi convertida ao status de maior desafio sanitário dos últimos séculos, dado seu potencial de se alastrar por todos os lugares do globo, deixando como saldo milhares de casos e óbitos distribuídos nos mais diferentes países. Seu poder de infectividade e a alta capacidade de agravamento dos quadros clínicos suscitaram a preocupação de autoridades sanitárias mundiais e líderes de governos das principais nações, uma vez que a disseminação da doença gerou, além de crises sanitárias, impactos políticos, econômicos e sociais, ocasionando colapsos nos sistemas de saúde e na seguridade social.

No Brasil, bastou pouco menos de quatro meses desde a confirmação do primeiro caso para que fosse ultrapassada a marca de um milhão de pessoas vitimadas pela doença. Neste mesmo período, já se registravam também quase 50 mil brasileiros mortos, fazendo com que o Brasil ocupasse a infeliz posição de segundo lugar no ranking mundial de países mais afetados pela pandemia, estando atrás apenas dos Estados Unidos. No momento da escrita deste texto, em inícios de agosto de 2020, já são reportados mais de 18 milhões de casos no mundo, com 2,8 milhões somente em território brasileiro, onde 95 mil óbitos são registrados.

O enfrentamento da pandemia no país tem sido marcada por tensões políticas, sociais e econômicas, que impulsionaram a criação de um amplo campo de disputas discursivas entre as esferas de governo, a mídia de massa, a comunidade científica e autoridades sanitárias, revelando uma atuação falha e descoordenada do Ministério da Saúde, referência nacional para a condução da política pública de saúde no país, e, neste contexto, pela organização e coordenação da resposta brasileira à pandemia. O que se observou até este momento, foi uma sucessão de narrativas disruptivas e contraditórias, que acompanharam, por sua vez, mudanças de direção gerencial, haja vista as trocas de ministros e equipes de trabalho ocorridas em pouco intervalo de tempo, durante a pandemia, levando o país a permanecer sem titular oficial da pasta – o que se arrasta já ao longo de mais de dois meses.

Diante desse panorama, este livro tem como ponto de partida os desafios lançados ao campo da saúde coletiva ante à pandemia da COVID-19, tomando como contexto de problematização o Nordeste do Brasil, região que ocupa o segundo maior acumulado de casos e óbitos no país, seguido do Sudeste, e que enfrentou grandes provações, desde os primeiros meses de avanço da doença no país.

Para a escrita dos capítulos que compõem esta coletânea, foram convidados/as autores e autoras de diferentes áreas da saúde coletiva e, desta forma, pretendeu-se construir um retrato diverso e complexo, ainda que parcial, acerca das formas produzidas por estes/as autores/as na lida cotidiana com a pandemia, a partir de seus espaços e contextos singulares.

O propósito foi reunir um conjunto de experiências e aprendizados desenvolvidos por diferentes autores e autoras, que tem atuado como pesquisadores/as, profissionais de saúde e gestores/as na região, produzindo respostas teóricas e práticas ao enfrentamento da COVID-19. Logo, esta obra visa reunir relatos de experiência e de pesquisa, assim como reflexões temáticas e narrativas analíticas que tenham origem na convivência nordestina com este agravo.

O conjunto de textos é marcado por uma diversidade de abordagens, representados por ensaios, resultados de pesquisas e relatos de experiências que qualificam o debate sobre a COVID-19 no Nordeste brasileiro e no Brasil, fornecendo robustez teórico-metodológica à obra.

Os textos estão reunidos em 04 partes, compondo blocos temáticos que totalizam 20 capítulos. No primeiro bloco, intitulado “Política, Planejamento e Gestão em Saúde em tempos de pandemia”, estão inseridas produções que lançam olhares e debatem a atuação das equipes gestoras dos estados nordestinos, de modo a reconhecer análises e iniciativas de organização político-gerencial no enfrentamento à pandemia, seja em perspectiva estadual, locorregional e/ou municipal.

No capítulo I, “A Batalha Nordestina contra o Coronavírus”, *Coelho* apresenta e discute a proposta de atuação cooperativa entre os estados da região por meio da implantação do Consórcio Nordeste, e do seu Comitê Científico, estabelecido para auxiliar os nove estados na organização de uma resposta articulada e coordenada, com vistas a responder as demandas advindas da COVID-19. As ações propostas envolvem desde uma matriz de risco unificada, à compra de insumos e materiais hospitalares, incluindo o fomento à realização de pesquisas.

O capítulo II, “Estratégias de combate à COVID-19 no Nordeste do Brasil: um olhar sobre as informações dos sites das Secretarias Estaduais de Saúde”, escrito por *Falangola, Oliveira, Gonçalves, Silva e Gonçalves*, apresenta uma análise sobre as iniciativas de gestão dos estados do Nordeste no contexto das respostas à pandemia, destacando aspectos, como: a tomada de decisão, a gestão do trabalho e das redes de atenção à saúde e a transparência pública na tomada de decisão.

No capítulo III, “Estratégias de gestão no combate à pandemia da COVID-19 no Ceará”, *Sampaio, Moreira, Santos, Carvalho, Mattos, Chaves e Catunda*, lançam um olhar sobre a atuação do governo cearense no enfrentamento à pandemia, para discutir as medidas tomadas para o distanciamento e isolamento social, a organização da assistência hospitalar, as ações de vigilância em saúde e de assistência social, investigando o impacto dessas ações nos indicadores de mortalidade e incidência dos casos de COVID-19.

No quarto capítulo, intitulado “Telessaúde no enfrentamento à COVID-19 em Recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo *Atende em Casa*”, *Godoy, Correia, Araújo, Andrade, Silva, Oliveira, Troccoli, Tenório, Carrarine e Correia*, apresentam e discutem os desafios na implantação de um aplicativo de teleatendimento em saúde, na cidade do Recife, Pernambuco, como estratégia para garantir a atenção à saúde de forma remota.

Finalizando este primeiro bloco, no capítulo V, “População negra, desigualdades raciais e a pandemia da COVID-19: reflexões a partir do Nordeste do Brasil”, *Silva, Silva, Góes e Lyra* extrapolam as fronteiras regionais para debater criticamente os impactos da pandemia sobre a população negra e a importância das políticas de Estado como formas de garantir a seguridade social.

O segundo bloco, “Vigilância em Saúde e COVID-19”, põe em evidência uma das principais áreas disciplinares que compõem o campo da saúde coletiva: a epidemiologia. Estão aqui reunidos quatro textos que auxiliam a situar a importância dos conhecimentos epidemiológicos para a compreensão da COVID-19 e seus efeitos sobre os sistemas de saúde e a situação de saúde da população.

O primeiro texto, intitulado “Epidemiologia em tempos de COVID-19: uma ciência unificadora” (Capítulo VI), escrito por *Souza*, reflete as contribuições da Epidemiologia ao enfrentamento dos problemas sócio sanitários à luz do contexto da COVID-19 e o lugar privilegiado da ciência para embasar as tomadas de decisão em saúde.

No capítulo VII, “Epidemiologia da COVID-19 no Nordeste brasileiro”, *Souza, Carmo, Correia, Fernandes, Silva Junior, Mariano, Rolim, Leal, Santos, Paiva, Feitosa, Machado e Quirino*, resgatam de maneira breve a chegada da COVID-19 no Brasil, descrevem o processo de interiorização dos casos na região Nordeste e discutem os efeitos da concentração da assistência hospitalar nas capitais nordestinas.

O capítulo VIII, “Planejamento da Vigilância Sanitária no contexto da COVID-19 no Nordeste”, escrito por *Machado, Quirino e Souza*, traz uma análise dos nove planos estaduais de contingência à COVID-19 elaborados pelos estados nordestinos, a partir dos quais é realizado um debate sobre o planejamento das Vigilâncias Sanitárias estaduais nesse cenário de pandemia, por meio dos aspectos político-gerenciais e das articulações setoriais.

No capítulo IX, “COVID-19 e população indígena: reflexões para a Vigilância em Saúde”, *Carmo, Magalhães, Silva, Cardoso, Silva Junior e Souza*, abordam os impactos da COVID-19 nos povos indígenas, refletindo os processos de exclusão social e a necessidade de adoção de medidas protetivas a essa população.

Na terceira parte da coletânea, intitulada “A Atenção à Saúde e a Produção de Cuidados em cenários de pandemia”, estão reunidos sete textos que versam sobre experiências profissionais, iniciativas de cuidado e práticas assistenciais desenvolvidas em diferentes contextos e cenários de produção da saúde no âmbito do enfrentamento à COVID-19.

O primeiro capítulo deste bloco temático (Capítulo X), “(Re)organização e continuidade dos cuidados domiciliares em saúde em um contexto pandêmico: traçando experiências nos territórios do Recife/PE”, de autoria de *Jucá, Santos, Araújo, Rocha, Cruz, Vasconcelos e Quirino*, debate as potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) em um cenário pandêmico, apresentando a experiência de reorganização dos processos de trabalho de quatro equipes NASF-AB para garantir a continuidade de cuidados domiciliares nos territórios adscritos.

No capítulo seguinte, intitulado “A organização da Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19 no interior de Alagoas”, *Wanderley, Porto, Nobre e Machado*, destacam a importância da APS no enfrentamento à pandemia, abordando o reordenamento dos fluxos assistenciais em uma cidade do interior do estado de Alagoas e ponderando os desafios postos à rede de saúde local no pós-pandemia.

O capítulo XII, “O luto no contexto da pandemia da COVID-19: uma proposta de atuação na Atenção Primária à Saúde”, escrito por *Gonçalo, Santos, Jucá, Oliveira e Leite*, discute a abordagem ao luto desde a APS durante a pandemia. Para tanto as autoras formulam e apresentam uma ferramenta estratégica, com fluxograma de acompanhamento, para orientar os cuidados às famílias enlutadas.

Em “Estruturação da rede local de assistência ao paciente com COVID-19: analisando três cenários do interior da Bahia” (capítulo XIII), os autores *Nascimento, Batista, Macêdo, Costa, Carvalho e Quirino* discorrem e analisam a experiência de três cidades baianas, sedes de regiões de saúde, nos processos de elaboração e implantação de respostas frente aos desafios da pandemia nos seus sistemas locais de saúde.

No capítulo XIV, “Formação em saúde para o SUS: atuação de residentes de Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19 em Parnaíba-PI”, de autoria de *Soares, Lima, Carvalho, Ferreira, Moura e Lira*, é apresentada a experiência desenvolvida por profissionais-residentes, do primeiro programa de residência multiprofissional implantado no interior do Piauí, no suporte ao município de Parnaíba para a reorganização dos fluxos assistenciais dos serviços de APS e no setor da vigilância.

O texto seguinte, intitulado “Educação Permanente em Saúde no contexto da COVID-19: a experiência da Escola de Saúde Pública do Maranhão” (capítulo XV), escrito por *Costa, Costa, Carvalho, Nascimento, Batista, Macêdo, Quirino e Machado* e discute a atuação da escola de saúde pública maranhense nos processos de educação permanente em saúde e elaboração de materiais educativos inclusivos voltados a profissionais e à população do Estado.

Encerrando esta parte, no capítulo XVI, “Saúde mental dos trabalhadores do SUS: desafios na produção do comum e na afirmação das vidas no contexto da COVID-19”, *Severo, Freire e Amorim*, refletem os impactos da pandemia na saúde mental dos trabalhadores de saúde do Rio Grande do Norte, destacando a necessária interface entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Saúde do Trabalhador.

O quarto e último bloco temático, “Comunicação, Informação e COVID-19”, aborda análises e problematizações sobre o campo da Comunicação em Saúde no cenário da pandemia em suas diferentes interfaces, tomando a região Nordeste como contexto de reflexão.

Inaugurando esta parte, o capítulo XVII, “Comunicação em saúde no Nordeste do Brasil: debatendo a produção discursiva dos planos de contingência à COVID-19”, de autoria de *Duarte, Barbosa, Batista e Quirino*, discute, por meio da análise dos planos de contingência dos nove estados nordestinos, como a comunicação em saúde converte-se em uma importante estratégia de resposta governamental à pandemia.

No capítulo XVIII, “Educação em Saúde inclusiva na pandemia: atuação de um centro de informações sobre medicamentos de uma universidade do sertão brasileiro”, *Pio, Luz e Nunes* discorrem sobre as experiências da produção de materiais educativos e informacionais com temas relacionados à COVID-19, no interior do estado de Pernambuco, utilizando elementos da cultura nordestina para pessoas com baixa escolaridade e comunidade surda.

No capítulo XIX, “Mídia e COVID-19: Dimensões temáticas da pandemia na cobertura de um jornal da Bahia”, *Souza e Forte* analisam a cobertura midiática da pandemia realizada por um dos principais jornais da região Nordeste e discutem o papel da mídia e dos meios de comunicação de massa na construção e compartilhamento de conhecimentos sobre a COVID-19.

Finalizando a coletânea, no capítulo XX, “Do primeiro caso à primeira morte por COVID-19 no Brasil: um olhar sobre a cobertura jornalística do Jornal Nacional, Rede Globo”, *Silva Junior e Souza* realizam uma análise da atividade jornalística do telejornal de maior audiência no Nordeste e no Brasil, refletindo, a partir do momento da confirmação da primeira morte brasileira por COVID-19, os desafios de noticiar a pandemia no país.

Dessa forma, o conjunto de textos aqui reunidos não fornece apenas informações e descrições, mas apontamentos e reflexões desenvolvidas a partir do cotidiano dos serviços, dos grupos de pesquisa, dos espaços de gestão e de tomada de decisões, bem como pelos dispositivos de comunicação. Sua leitura possibilita-nos avançar nas discussões sobre a COVID-19 por meio do compartilhamento de conhecimentos e da experimentação de novos caminhos ao seu enfrentamento.

Diante da pluralidade de temas e abordagens aqui tratados, a partir de tantos cenários diversos e singulares, ensejamos que esta coletânea possa contribuir para outros debates e reflexões sobre a COVID-19 no cenário nordestino e em outras regiões do país, quiçá, do mundo.



PARTE 1
POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E
GESTÃO EM SAÚDE
EM TEMPOS DE
PANDEMIA

A BATALHA NORDESTINA CONTRA O CORONAVÍRUS

Rodrigo Pereyra de Sousa Coelho

1. INTRODUÇÃO

No começo do século XXI, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) criou o conceito de Choque Global, que seria um evento único, com graves consequências disruptivas que afetam, pelo menos, dois continentes. Falando dos Choques Globais, Baubion (2013, pag. 6) diz que “*suas consequências, que despertam profundas incertezas na mente do público, desafiam as estruturas governamentais e agravam as tensões entre muitos agentes do setor público e privado*”. Nestes casos, é comum haver uma sequência de riscos que se acumulam ganhando uma escala destrutiva muito maior.

Este conceito é aplicável à atual crise causada pela COVID-19. Em um ritmo acelerado, o vírus cobriu os cinco continentes entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020. O vírus, pelo que se sabe até agora, é muito, muitíssimo, contagioso. O resultado, então, é um evento único: muita gente doente ao mesmo tempo faz com que os sistemas de saúde entrem em colapso. A taxa de mortalidade, que poderia ser mais baixa, cresce bastante por falta de capacidade em garantir atendimento médico às pessoas – e mesmo pacientes com outras doenças também não conseguem acesso a tratamento, podendo falecer em casos que seriam tratáveis em “tempos normais”.

Mais ainda, os riscos vão se sucedendo e as crises se acumulando. A crise epidemiológica é acompanhada por uma crise econômica, que segue para uma crise educacional e, a partir disto, se desdobra em inúmeras crises setoriais. Para fazer frente a estes desafios, como exposto na definição do conceito, as estruturas governamentais convencionais não são capazes de dar respostas. Neste momento, é necessária uma ampla articulação para enfrentar os desafios colocados de maneira inovadora.

Na experiência brasileira, exatamente aí esteve o problema. O governo federal vem se recusando a adotar o combate à pandemia na sua agenda de decisões, o que resulta na falta de uma liderança capaz de unificar, orientar e coordenar as ações de todos os atores. Frente à inação federal, cada estado da federação começa a adotar estratégias próprias, geralmente baseadas em recomendações internacionais, o que leva à falta de efetividade das ações implantadas e à percepção de falta de foco na ação pública (Coelho e Vazquez, 2020). Neste

contexto, os estados da região Nordeste evitaram o cada-um-por-si e passaram a atuar com maior grau de unidade, apoiados na inovação institucional do Consórcio Nordeste.

O objetivo deste artigo é investigar as ações adotadas pelos estados nordestinos e como elas se relacionam com as diretrizes emanadas pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste (C4NE).

2. CONSÓRCIO NORDESTE E O C4NE

Em março de 2019, o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste) teve seu protocolo de intenções assinado. Tal iniciativa configurou uma inovação nas relações federativas nacionais, pois, como destaca Clementino (2019, pág. 168), “é o primeiro [consórcio] do Brasil entre estados federados, não incluindo entes municipais e federal”.

A autora entende que o Consórcio buscará ações que permitam e facilitem a inserção da região no novo ambiente que emerge no século XXI. Para isso é necessário dotar o Nordeste de capacidades estatais e de infraestrutura capazes de promover a superação das estruturas arcaicas e de reposicionamento de sua base produtiva. Na Carta dos Governadores do Nordeste (de julho de 2019), fica evidente a disposição em empreender ações de gestão neste sentido, buscando interferir emergencialmente nas áreas de segurança pública e saúde (especialmente atenção primária) ao mesmo tempo em que busca racionalizar os processos de compras e gestão do conhecimento e tornar a região mais atrativa a investimentos privados por meio da ampliação de infraestrutura de fibra ótica, constituição de um fundo público de investimento e de uma agenda internacional de parcerias (CONSÓRCIO NORDESTE, 2019).

Com a explosão da crise da COVID-19, o Consórcio Nordeste instituiu, em 30 de março de 2020, o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4NE). Segundo o site do projeto:

Trata-se, portanto, de uma instância de aconselhamento em escala regional que visa maximizar as boas escolhas e otimizar as intervenções de diferentes iniciativas. E neste sentido, seus subcomitês vem colaborando com a difusão de informações sobre a situação no Nordeste, no Brasil e no mundo. No bojo deste esforço de informação, entre 01 de abril e 05 de julho, foram emitidos nove boletins informativos com a sistematização das orientações a estados e municípios da região.

1.1 As orientações dos Boletins do C4NE

Grosso modo, as orientações do C4NE que são divulgadas em seus boletins seguem sete principais linhas de atuação:

Preocupação com as situações de isolamento e distanciamento social, *lockdown* e controle do fluxo de tráfego de pessoas e mercadorias: Este tema está presente em todas as nove publicações editadas até o momento. Desde o primeiro boletim, o C4NE adotou

a postura de considerar “essencial implementar medidas legais para minimizar os contatos entre as pessoas e interromper a cadeia de contágio do novo coronavírus” (C4NE, 2020a). Ao longo dos boletins seguintes, como estratégia de convencimento, são apresentadas diretrizes internacionais, um estudo sobre o impacto positivo do isolamento no estado do Ceará e uma discussão sobre o caso sueco de não adoção de medidas de distanciamento.

A partir do boletim nº 6, de 05 de maio, inicia-se a discussão sobre “critérios objetivos para decretação de lockdown, associando, a eles, medidas legais, políticas e de segurança que deem sustentação à eventual ocorrência”. Segundo o mesmo boletim, tal medida deve ser considerada quando “os números de leitos hospitalares tenham superado 80% de ocupação e, ao mesmo tempo, a curva de casos e de óbitos seja ascendente” (C4NE, 2020f, pág. 2). O boletim seguinte, de 21 de maio, registrava que já tinha sido adotado, em diferentes formatos, o lockdown em São Luiz, Fortaleza e na região metropolitana do Recife. E sugeria, de acordo com os critérios já estabelecidos, a adoção de medidas desta natureza “na área metropolitana de João Pessoa (83-88% de ocupação de leitos de UTI nas últimas 48h) e em Campina Grande (83% de ocupação de leitos de UTI), no estado da Paraíba, nas cidades de Mossoró e Natal, no estado do Rio Grande do Norte e nas cidades de Arapiraca (85-92% dos leitos de enfermaria ocupadas nas últimas 48h) e São Miguel dos Campos (91% dos leitos de enfermaria ocupados) no estado de Alagoas” (C4NE, 2020g, pág. 1). O boletim nº 8, de 01 de junho, traz uma Matriz de Risco Unificada, com treze parâmetros a serem observados para a instituição do lockdown.

Vale destacar que este debate vem sendo alvo de uma disputa política desde que, em 24 de março de 2020, o Presidente da República ocupou a rede nacional de rádio e televisão para menosprezar a pandemia e se colocar frontalmente contra as políticas de isolamento social tomadas pelos governadores. Todos os estados nordestinos adotaram, em variados graus, formas de distanciamento social que foram se modificando e ampliando de acordo com a disseminação da doença, ou se flexibilizando de acordo com as resistências a favor da abertura da economia.

Desde junho, podemos perceber que a oposição às medidas de isolamento vem se fortalecendo, mesmo com as taxas de contágio crescendo na região – diversos planos de suspensão do isolamento foram definidos neste mês, como o Plano de Retomada e Abertura Gradual da Economia (SE) e o Plano Novo Normal (PB). Também agem neste sentido o estado da Bahia, que criou o Grupo de Trabalho para Estudos de Retomada Econômica Pós-Pandemia, e do Piauí.

Este processo de reabertura econômica levou o C4NE a dar a máxima importância a esta questão no boletim nº 9, onde, de forma extremamente detalhada, é analisada a situação de cada um dos nove estados nordestinos com a reafirmação da orientação de manutenção e endurecimento de medidas de isolamento social;

Debate sobre o uso de cloroquina ou hidroxicloroquina: Este é outro tema colocado na agenda pelo Governo Federal. Aparece nos boletins do C4NE pela primeira vez em 09 de

abril, no boletim nº 3, e foi rediscutido nos boletins nº 5, 7 e 8. A posição do Comitê sempre foi contrária ao uso de medicações sem que haja comprovação científica de sua eficácia e de sua segurança;

Necessidade de monitoramento da situação, principalmente por meio do Monitora COVID-19 e das recomendações por testes: A experiência internacional aponta o monitoramento da disseminação do vírus como fundamental para agir eficazmente contra a pandemia. A testagem em massa foi adotada por todos os países que saíram ou evitaram a crise, mas no caso brasileiro não tem sido adotada. Os dois boletins emitido no mês de maio (Boletim nº 6 e nº 7) abordam a necessidade de ampliar a testagem da população.

Mas a principal aposta no monitoramento se dá na adoção do aplicativo Monitora COVID-19. Já no primeiro boletim, o C4NE mencionava soluções tecnológicas já desenvolvidas nos Estados. No boletim seguinte, já estava disponível este aplicativo articulado ao Registro Eletrônico de Saúde, que pode ser conectado em qualquer tempo e a qualquer outro sistema e solução de informação, permitindo o atendimento remoto dos pacientes e acompanhamento dos casos por georreferenciamento. O terceiro boletim explicita a aposta de que, caso seja adotado pelos 57 milhões de habitantes dos nove estados, o aplicativo poderia ajudar a “suprir falta de testes no mercado, evitar aglomerações em hospitais, orientar recursos médicos para cada localidade, além de garantir a fiscalização adequada do distanciamento social em locais com índices elevados de contaminação”. Ainda se esperava que ele fosse “gerar informações e mapas sobre como a pandemia desloca-se no território, locais que possam ter contaminação mesmo sem que haja testes confirmando pessoas com COVID-19, tempo de quarentena, dentre outras informações que servirão de base para tomada de decisões em saúde pública e de atendimento” (C4NE, 2020c).

Entretanto, por ocasião do boletim nº 9, apenas 200 mil downloads tinham sido feitos; e os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Alagoas ainda resistiam a aderir ao aplicativo de forma oficial;

4. Medidas preventivas, com destaque para a criação das Brigadas Emergenciais de Saúde: Algumas medidas de prevenção são recomendadas nos boletins do C4NE, dentre elas o uso de máscaras caseiras e a desinfecção de locais públicos, terminais de transporte e hospitais. Entretanto, a grande inovação em termos preventivos é a sugestão de criação das Brigadas Emergenciais de Saúde.

Estas Brigadas são formadas por profissionais de saúde, estudantes de graduação, médicos brasileiros formados no exterior e voluntários, com atuação na promoção, na prevenção e na assistência à saúde à população afetada pela pandemia, assegurando efetiva resposta à emergência em saúde pública declarada. Para operacionalizar a atuação de médicos graduados no exterior, o boletim sugere que os “governos atuem junto às universidades públicas, estaduais e federais, para que instituem, no âmbito de suas competências, programa de adaptação formativa com vistas à revalidação de diplomas. Além disso, é importante

que os Estados garantam apoio às universidades na realização de processos de seleção que deverão ser céleres e simplificados considerando a situação de emergência” (C4NE, 2020d, pág. 3-4). A orientação ganhou corpo com a Resolução nº 08/2020, de 17 de abril de 2020, que institui a Brigada Emergencial de Saúde do Nordeste - BRIGADA SUS/NE, e dá outras providências.

Esta medida, entretanto, tornou-se extremamente polêmica em função da atuação de médicos formados no exterior, pois a conjuntura dos últimos anos indica uma tendência a rejeitar a atuação destes médicos – o fim do programa Mais Médicos, em 2019, e o fato do MEC não realizar prova de revalidação de diplomas obtidos no exterior desde 2017 são exemplos desta tendência.

O resultado foi que a Comissão Externa de Combate ao Coronavírus, da Câmara dos Deputados, debateu o tema trazendo a tona crítica de vários deputados e de representantes do Ministério da Saúde. Antes disso, a 14ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Estado da Bahia já havia suspenso a aplicação do inciso IV, do artigo 3º, e seus respectivos parágrafos 2º e 3º, bem como todo o artigo 4º e todos seus parágrafos, da Resolução nº 08/2020.

Mesmo com dificuldades políticas de implantar as Brigadas na forma preconizada pelo C4NE, observou-se avanços nesta proposta. O estado do Piauí implantou suas brigadas com o nome de programa Busca Ativa, os municípios de Aracajú e João Pessoa também avançaram neste sentido, bem como outras “brigadas foram criadas de forma espontânea no sul da Bahia e na região do leste paraense que faz divisa com o estado do Maranhão” (C4NE, 2020 i, pág. 18);

5. Fomento a pesquisas científicas: A necessidade de apoiar e investir em ciência e tecnologia foi outro tema que foi bastante presente no primeiro mês de edição dos boletins do C4NE. No primeiro boletim editado já se advogava pela “integração das fundações estaduais de apoio à pesquisa, das secretarias de Ciência e Tecnologia, e das fundações de apoio das universidades, para financiar a pesquisa por meio de redes interestaduais em temas desafiantes da COVID-19” (C4NE, 2020a). O segundo boletim já propôs ampliar “a colaboração de cientistas e estudantes brasileiros e estrangeiros, aqui e no exterior, para formar uma enorme rede mundial de apoio ao combate ao coronavírus na região” (C4NE, 2020b). O quinto boletim, de 24 de abril, volta a reafirmar a importância do financiamento conjunto de pesquisa científica e propõe a criação de um Fundo do Nordeste para Fomento à Ciência e Desenvolvimento Tecnológico (FNCD).

Estas orientações foram seguidas por sete fundações estaduais de apoio à pesquisa: Fapesb (BA), Fapitec (SE), Fapesq (PB) Funcap (CE), Fapepi (PI) e Fapema (MA) lançaram editais disponibilizando recursos que variam entre R\$ 200 mil e R\$ 1 milhão, além da Facepe (PE) que permitiu que projetos financiados por ela redirecionassem seus recursos para pesquisas sobre o coronavírus. O Banco do Nordeste (BNB) também lançou um edital com recursos na casa dos R\$ 5 milhões para financiar a pesquisa científica na região.

6. Medidas para fortalecer o atendimento no sistema de saúde: os nove boletins trazem sugestões muito diversas no sentido de fortalecer o atendimento à população, com propostas voltadas à garantia da saúde dos profissionais de saúde, melhoria do aproveitamento de ventiladores mecânicos, ampliação de vagas em leitos de UTI e reforço ao seguimento dos protocolos de atenção básica. Proporcionalmente, poucas orientações seguem esta linha, devido à opção do C4NE de priorizar a prevenção ao tratamento. Esta priorização, entretanto, não encontrou ressonância junto aos estados que, em sua maioria, formularam maior número de ações de atendimento, como a criação de novos leitos (especialmente de UTI), hospitais de campanha, aquisições de respiradores, centros de atendimento, regulação de vagas, requisição de espaços e leitos e contratação de equipes;

7. Preocupação com a questão econômica: Um tema pouco explorado nas orientações do C4NE é a definição de como enfrentar a questão do desenvolvimento econômico em tempos de distanciamento. É certo que, no primeiro boletim, o C4NE se referiu “as ações de apoio material e financeiro às famílias mais necessitadas, moradores de rua, pequenos comerciantes que não possam exercer suas atividades, entre outros” (C4NE, 2020a) e, no segundo boletim, atentou para a possibilidade de apoiar microempreendedores e empreendimentos solidários. Porém, depois disso, a preocupação com a questão econômica deixa de figurar entre as orientações – até que, no sétimo boletim, voltaram ao tema, mas agora com um enfoque diferente: o texto alerta para “a necessidade dos governos estaduais ampliarem a disseminação das informações referentes aos programas assistenciais federais existentes, para auxiliar financeiramente a população do Nordeste durante a crise econômica gerada pela pandemia” (C4NE, 2020g, pág. 6).

Apesar da pouca presença de orientações sobre a economia, os estados tomaram diversas iniciativas neste sentido, desde o alongamento de prazos para recolhimento de impostos, passando pela instituição de diferentes formas de transferência de renda e distribuição de produtos alimentícios até a isenção de tarifas de serviços de água e luz e a criação de linhas de crédito para pequenas empresas. Uma ação adotada por todos os nove estados foi a articulação e centralização de doações feitas pelo setor privado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O C4NE vem despontando na crise da COVID-19 como uma das maiores inovações institucionais das relações federativas brasileiras. Vale lembrar que o conceito de Choque Global, da OCDE, destaca que as estruturas governamentais convencionais não são capazes de fazer frente aos impactos destes choques. Neste sentido, a região Nordeste reforçou o acerto de instaurar uma governança regional em prol do desenvolvimento.

Quando observamos o conjunto de orientações emanadas dos boletins do C4NE, podemos observar sete linhas de proposições que podem ser analisadas em três grupos diferentes. O primeiro grupo é formado pelos itens 1 e 2, referentes ao isolamento social

e ao uso da Cloroquina. Estes tópicos mostram a influência negativa da ação do Governo Federal no combate à crise sanitária. A defesa de uma medicação sem eficácia comprovada e o combate a uma das medidas não farmacológicas mais eficientes no enfrentamento da pandemia, vem exigindo muito esforço político e de convencimento no sentido de combater as orientações anti-científicas que fazem parte da agenda governamental federal. Mais grave ainda é que, se no caso da cloroquina os argumentos federais se enfraqueceram, no caso das medidas de isolamento social a ação da Presidência da República vem ganhando mais força com o passar do tempo.

Já os itens 3, 4 e 5 abordaram o monitoramento de casos, as ações preventivas e de apoio às pesquisas. Estes tópicos trazem grandes inovações no debate público contra a COVID-19, como a ideia do aplicativo de monitoramento e a criação das Brigadas Emergenciais de Saúde. Por motivos variados, estas ideias não conseguiram sair do papel com a intensidade necessária para ter alguma efetividade. Tem-se aqui um desafio complexo, pois estas inovações precisariam de uma cuidadosa articulação política, o que não houve, por exemplo, no caso das Brigadas. Já a articulação de pesquisas científicas teve como resultado o reforço ao financiamento das Fundações de Amparo à Pesquisa, porém é sabido que resultados práticos de pesquisas científicas são alcançados em longo prazo.

Por fim, os itens 6 e 7 foram pouco explorados pelo C4NE, mas tiveram muita atenção por parte de todos os governos estaduais. Nos sites onde os governos apresentam as ações contra a COVID-19, existe um destaque ao investimento na ampliação do sistema de saúde curativo, especialmente na abertura de novos leitos. E há diversas ações de apoio à população mais vulnerável e de facilidades tributárias para empresários.

A análise empreendida neste artigo aponta para o fato que o C4NE não foi um unificador e direcionador das ações dos nove estados nordestinos. Apesar de haver uma sintonia nas ações empreendidas por toda a região, há diferenças estaduais relevantes que mostram que as realidades locais são determinantes no estabelecimento das ações. Mas estabelecer uma ação única nunca foi o objetivo do C4NE. Ele se ateve ao papel de apontar novos caminhos e subsidiar tecnicamente os gestores responsáveis pela tomada de decisões políticas – e nisso teve pleno sucesso.

Alguns destes caminhos e subsídios constituem propostas ousadas e inovadoras que, por estas características, demandariam uma articulação política mais assertiva – algo fora dos propósitos do C4NE. A falta desta articulação, entretanto, se constituiu num limite à adoção das medidas mais inovadoras no campo da prevenção e do monitoramento. Superar estes limites sem modificar a essência do C4NE é o grande desafio colocado à mesa para que o Comitê Científico ganhe maior relevância na atual batalha nordestina contra o coronavírus.

REFERÊNCIAS

BAUBION, C. *OECD Risk Management: Strategic Crisis Management*. **OECD Working Papers on Public Governance**, N° 23, 2013.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 01**. 01 de abril, 2020a. Disponível em: < <https://bit.ly/3idY1EY> >.

Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 02**. 03 de abril, 2020b. Disponível em: < <https://bit.ly/3idY1EY> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 03**. 09 de abril, 2020c. Disponível em: < <https://bit.ly/3idY1EY> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 04**. 16 de abril, 2020d. Disponível em: < <https://bit.ly/3idY1EY> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 05**. 24 de abril, 2020e. Disponível em: < <https://bit.ly/3jIOt6h> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 06**. 05 de maio, 2020f. Disponível em: < <https://bit.ly/2D8sIfx> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 07**. 21 de maio, 2020g. Disponível em: < <https://bit.ly/32VwaVA> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 08**. 01 de junho, 2020h. Disponível em: < <https://bit.ly/39wAOpe> >. Acesso em 05/07/2020.

C4NE, Comitê Científico Contra o Coronavírus. **Boletim n° 09**. 02 de julho, 2020i. Disponível em: < <https://bit.ly/2BABRwV> >. Acesso em 05/07/2020.

CLEMENTINO, M. L. M. *A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste*. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, n° 21, jul.-dez. 2019.

COELHO, R. P. S. e VAZQUEZ, D. A. **Entre o negacionismo e a incapacidade: desafios às políticas públicas no enfrentamento à pandemia**. Mimeo, 2020.

CONSÓRCIO NORDESTE. **Carta dos Governadores do Nordeste**, de 29 de julho de 2019.

GOVERNO DA BAHIA. **Entenda as medidas de combate ao coronavírus na Bahia.** Disponível em: <<http://www.secom.ba.gov.br/2020/04/152898/Entenda-as-medidas-de-combate-ao-coronavirus-na-Bahia.html>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Novo coronavírus.** Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DE ALAGOAS. **Alagoas contra o coronavírus.** Disponível em: <<http://www.alagoascontraocoronavirus.al.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DE PERNAMBUCO. **Pernambuco contra o coronavírus.** Disponível em: <<https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DE SERGIPE. **Sergipe contra o coronavírus.** Disponível em: <<https://todoscontraocorona.net.br/novo-coronavirus/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DO CEARÁ. **COVID 19.** Disponível em: <<https://coronavirus.ceara.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DO MARANHÃO. **Maranhão contra o coronavírus.** Disponível em: <<https://www.corona.ma.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DO PIAUÍ. **Coronavírus Piauí.** Disponível em: <<http://coronavirus.pi.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Portal COVID 19.** Disponível em: <<https://portalCOVID19.saude.rn.gov.br/>>. Acesso em 05/07/2020.

ROSSI, R. C. e SILVA, S. A. *O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de COVID-19. Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica.* ANO IX, nº 18, 2020.

VASCONCELLOS, F. **Os limites dos poderes de agendamento do presidente da república no contexto da pandemia.** Disponível em: <<https://bit.ly/32WfxV3/>>. Acesso em 05/07/2020.

ESTRATÉGIAS DE COMBATE À COVID-19 NO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR SOBRE AS INFORMAÇÕES DOS SITES DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Vick Brito Oliveira

Rogério Fabiano Gonçalves

Keila Silene de Brito e Silva

Juliana Gonçalves

1. INTRODUÇÃO

O surgimento da COVID-19 no Brasil colocou em evidência a discussão dos sistemas universais de saúde articulados e integrados para enfrentar a pandemia, acentuando a preocupação de gestores municipais e estaduais da saúde acerca dos limites assistenciais no país, refletindo as fragilidades da regionalização na assistência do SUS.

Para combater à pandemia, estados e municípios precisaram assumir o protagonismo na resposta à emergência sanitária, diante de dificuldades e impasses na gestão federal (FALCÃO; VIVAS, 2020). Estratégias estaduais e municipais foram planejadas e operacionalizadas a partir de perspectiva intersetorial, travando-se negociações, pactuações e tensões entre diversos setores. A situação demandou reflexão sobre as relações federativas e o papel articulador do estado, aspectos indispensáveis à regionalização.

Na região Nordeste, os nove estados vinculados ao Consórcio Nordeste, articularam o Comitê Científico como iniciativa diante da pandemia. O Comitê, formado por cientistas e médicos, tem a colaboração de diversas iniciativas e instituições. O trabalho busca reunir dados para auxiliar e orientar estados e municípios da região com a publicação de recomendações, materiais e estratégias de atuação (COMITÊ CIENTÍFICO DO CONSÓRCIO NORDESTE, 2020).

Nota técnica divulgada pelo grupo “Regiões e Redes” (2020) destaca que as poucas estratégias implementadas no Brasil, na pandemia, partem das experiências internacionais

e reforçam a necessidade das discussões articuladas aos fluxos intermunicipais, à capacidade instalada diante da interiorização dos casos, à organização territorial, aos espaços e instrumentos de governança e planejamento regional, à infraestrutura de saúde digital, ao reconhecimento das especificidades e desigualdades, à coordenação e cooperação federativa, à articulação federal com apoio de recursos, ao sistema de informação com coordenação regional dos setores públicos e privados, às condições de trabalho seguras e protegidas para os profissionais e às estratégias de combate a notícias falsas.

Na tentativa de refletir sobre o cenário da pandemia, este texto apresenta discussão realizada pelo Grupo de Pesquisa Economia Política de Saúde (GPEPS), da Universidade Federal de Pernambuco, sobre as estratégias implementadas e conduzidas pelos estados do nordeste, pautando-se na Matriz de Avaliação da Regionalização – MARS (OLIVEIRA, 2016).

2. MÉTODO

A MARS, pensada a partir da Matriz de Reis (2010), foi utilizada pelo grupo durante pesquisas de regionalização no SUS na região Nordeste, realizadas nos anos de 2015 a 2018 com o intuito de conhecer e avaliar experiências dos planejamentos regionais, protagonismo dos estados, redes de atenção à saúde e seus fluxos. Assim, o GPEPS aplicou o instrumento para identificar estratégias estaduais e sinalizar possíveis elementos, que endossam a necessidade de avanço no processo de gestão.

Os dados que fundamentaram as discussões aqui apresentadas foram obtidos por meio dos sites das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) dos estados nordestinos, a saber: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. Para as reflexões do capítulo, estabelecemos critérios de exploração dos sítios eletrônicos e de levantamento dos dados. Os critérios foram elencados a partir da MARS, que está organizada em três níveis de análise (Governo, Gestão e Assistência). Para a construção do capítulo, após consultas feitas aos sites, optamos pela análise do nível Gestão.

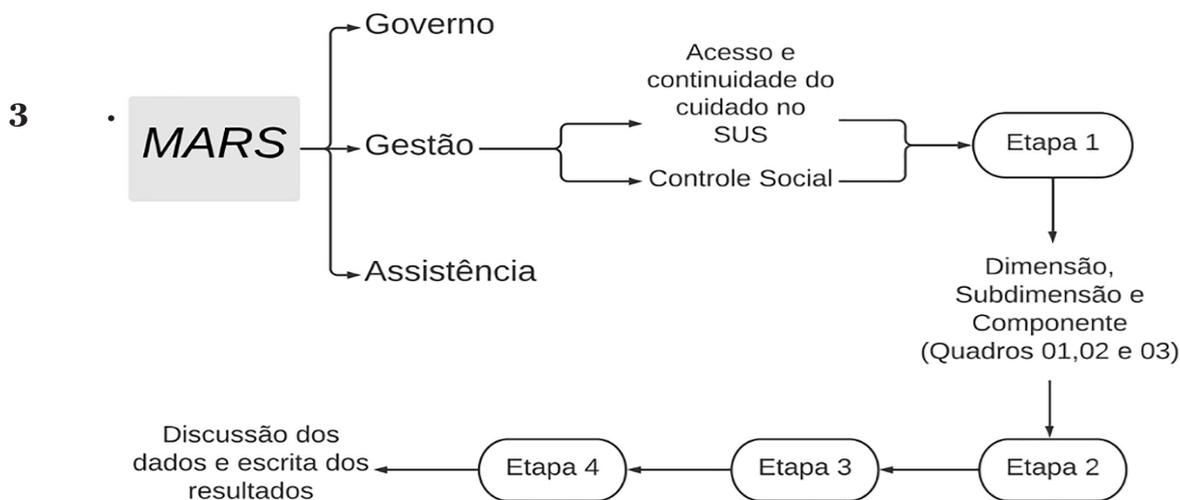
O nível Gestão compreende funções gerenciais relativas à organização do acesso e continuidade da assistência à saúde, com as seguintes dimensões: acesso de continuidade do sistema estadual de saúde e controle social. A partir do nível, organizamos a coleta e a análise dos dados nas seguintes dimensões: político-decisório, político-normativa, apoio à tomada de decisão, redes de atenção à saúde, gestão do trabalho e transparência pública.

Componentes foram estabelecidos para as dimensões/subdimensões no intuito de observar as estratégias nos sites, sendo atribuída avaliação conforme a gradação da informação identificada: não encontrada (-), citada (+), explicada (++) evidenciada/implantada (+++). Os resultados dessa avaliação são apresentados nos quadros 01, 02 e 03.

Para avaliação, o percurso organizou-se em quatro etapas de validação (Figura 01). *Etapa 1* com a coleta e exploração dos sites por uma pesquisadora do grupo; *etapa 2* com a segunda coleta e exploração das informações por cinco pesquisadores, cada pesquisador

responsável por um ou dois estados; *etapa 3* com a apresentação dos dados encontrados por cada pesquisador, justificando e fundamentando os achados, sendo realizado um consenso da relevância dos critérios; e *etapa 4* para validação das informações obtidas. Para os critérios, foram considerados a facilidade no acesso ao site e robustez das medidas adotadas.

Figura 01 - Percurso metodológico para a coleta das informações.



Fonte: Elaborado pelas autoras e autor

POLÍTICO-DECISÓRIA

A dimensão político-decisória e a respectiva subdimensão espaços de governança foram tratadas a partir das questões relacionadas a: agrupamentos decisórios; participação da sociedade civil nos espaços de governança; e implementação da contratualização dos prestadores de serviços privados (Quadro 01). Nessa dimensão não se tem a presunção de considerar que as referidas questões são totais para responder a uma abordagem sobre a complexidade que se reveste o espaço político-decisório e suas interfaces.

A análise dos agrupamentos decisórios permitiu identificar, na maioria dos entes, a existência de agrupamentos internos das SES e agrupamentos da gestão governamental e suas várias representações (gabinete do governador, SES, defesa civil, setores da comunicação). Esses agrupamentos decisórios contemplam comitês, gabinetes de crise, colegiados, grupos técnicos etc.

Quadro 01 - Matriz de Avaliação da Regionalização: Dimensões Político-decisória e Político-normativa, segundo estados da região Nordeste e evidências nos sites das secretarias estaduais de saúde, julho de 2020.

Dimensão	Subdimensão / Componente da subdimensão	Estratégias desenvolvidas pelos estados e avaliação subjetiva do grau de implantação Não identificadas (-), identificadas (+ / ++ / +++)									
		AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	
Político-decisória	1. Espaços de governança	1.1	+++	++	+++	+++	+	+++	++	+++	+
		1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		1.3	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	+++	++
Político-normativa	2. Instrumentos de gestão	2.1	+	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	+++

Componentes da Subdimensão: **1.1.** Agrupamentos decisórios: Comitês, Grupos Temáticos, Gabinetes de Crise, Comissões etc. **1.2.** Participação da sociedade civil nos espaços de governança. **1.3.** Relação público-privado: implementação da contratualização dos prestadores de serviços privados. **2.1.** Plano de contingência, notas técnicas etc.

Fonte: Elaborado pelas autoras e autor

No caso da Bahia, foi localizado apenas o segundo tipo de agrupamento, instituído pelo Decreto de criação do Comitê de Transparência do Enfrentamento ao Coronavírus, não constando agrupamentos internos da própria SES. Piauí evidencia, por decreto, a instituição de comitê com várias representações, mas, diferente da Bahia, cita a constituição de outro espaço de decisão, o Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública do Estado do Piauí, não sendo localizadas maiores informações acerca desse. Na Paraíba, considerou-se de difícil acesso a localização de informações sobre o gabinete de crise constituído pelo estado, assim como em Sergipe, que apenas cita.

Em relação a participação da sociedade civil nos espaços de governança dos estados analisados, surpreende negativamente a ausência de evidências acerca desse aspecto, considerando os espaços formais, legalmente constituídos pelos instrumentos normativos da administração pública.

Ao considerar como componente da dimensão político-decisória a relação entre o público e o privado na saúde, constatamos que essa é uma temática explorada, desde sempre, e de forma mais elaborada com a instituição dos espaços formais da gestão pública, como departamentos de saúde, no início e, posteriormente, Ministério da Saúde, SES e secretarias municipais, hoje; e todo o *corpus* administrativo e burocrático advindo da oficialização da relação público-privado. Relação que tem por base o atrativo fundo público da saúde e sua “disposição” à apropriação pelos interesses privados.

No caso específico da implementação da contratualização dos prestadores de serviços privados no combate à pandemia, a divulgação de dados sobre a relação público-privado é observada na totalidade das páginas das SES. O nível de detalhamento chama a atenção em seis (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte) dos estados da região, estando os demais (Paraíba, Piauí, Sergipe) em situação de disponibilização de acesso à informação, porém, com um nível de detalhamento menor. Os estados, em destaque na disponibilização das informações e facilidade de acesso, oportunizam consulta aos dados desagregadas por regiões e, em alguns casos, por município.

4. POLÍTICO-NORMATIVA

Todos os estados informam a existência de planos para combate à COVID-19. No atendimento aos critérios evidência e acesso, os estados da Bahia, Ceará, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe se destacam, visto a disponibilidade do documento na página das respectivas SES, no link referente à pandemia. Em Pernambuco, apesar do documento estar disponível no site, esse não está localizado no link sobre a COVID-19, mas sim, na Vigilância à Saúde. O Plano de Contingência da Paraíba foi localizado fora da página da SES e, no caso de Alagoas, o plano foi apenas citado, porém, o descritor Plano de Contingência não foi localizado na internet.

5. APOIO À TOMADA DE DECISÃO

A dimensão apoio à tomada de decisão compreende estratégias de monitoramento da COVID-19 com potencial apoio aos gestores e profissionais, apresentando dados de modo acessível que auxiliam na visualização dos cenários estaduais. O boletim epidemiológico protagoniza a comunicação dos dados, sua análise é potente para monitorar e planejar ações municipais e regionais. A maioria dos estados, com exceção do Piauí, apresenta os boletins de modo regular, com dados por municípios, alguns com informações por região de saúde, como o Ceará e Pernambuco (Quadro 01).

É importante que tais instrumentos provoquem a reflexão dos dados apresentados por região, o que pode estimular a organização e articulação regional, permitindo acompanhar o processo de interiorização dos casos, uma vez que há alta transmissibilidade do coronavírus (OPAS; OMS, 2020; FIOCRUZ, 2020).

6. REDES INTEGRAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A dimensão redes de atenção à saúde apontou estratégias desenvolvidas pelos estados que contribuem para organização de redes de cuidado na pandemia (Quadro 02). Considerando as particularidades do país “não há alternativas de efetividade clínica senão por meio de redes regionalizadas” (MELLO, DERMAZO, VIANA, 2019, p 1148). A

regionalização é a estratégia adotada para organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, operacionalizada de diversas maneiras no território nacional. Para Mello, Dermazo e Viana (2019) os conceitos de regionalização e redes de atenção não são de relação imediata e obrigatória e para articulação é fundamental destacar o papel regulador do Estado.

Os estados apresentam painéis de dados sobre a pandemia nos seus territórios. Com organizações diversas, as informações são atualizadas diariamente. Alguns contam com mapas dinâmicos, interativos, estáticos, além de gráficos e tabelas.

Os painéis indicam informações importantes para o complexo regulador, como as taxas de ocupação dos leitos públicos, com destaque para Ceará e Sergipe que informam a taxa de ocupação dos leitos privados. Em relação ao transporte sanitário, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe disponibilizam informações sobre o transporte no Serviço Móvel de Urgência, nos planos de contingência. Entre os estados, destacam-se o Rio Grande do Norte com a disponibilização de mapa denominado de “trajeto de regulação” com o percurso do transporte, distância e tempo médio de transferência do paciente; e a Bahia, informando a contratação de transportes sanitários.

Os dados revelam o esforço e atuação dos estados para organizarem os fluxos e protocolos específicos para a COVID-19, à medida em que estruturam serviços hospitalares e logística de remoção/transporte dos usuários na rede. Todavia, mesmo observada a necessidade de utilização de leitos privados, não fica evidente as taxas de ocupação de tais leitos nos painéis de sete estados. Esse ponto precisaria ser melhor informado, a título de transparência e organização das regiões de saúde.

No que remete à relação dos serviços disponibilizada, a maioria dos estados dispõe das informações no plano de contingência, todavia, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe também informam no site endereços e contatos dos serviços. Sergipe e Bahia destacam-se ao sinalizar seus serviços por região de saúde, o segundo ainda apresenta informações por macrorregião e mapa com geolocalização.

Em relação aos fluxos de atendimento, alguns são descritos exclusivamente nos planos de contingência, enquanto outros, nos sites, a exemplo do Rio Grande do Norte que sinaliza link com o fluxograma de referência aos hospitais públicos para casos COVID-19. Os dois terços que se limitam a disponibilizar esses fluxos nos planos precisam melhorar a comunicação nesse aspecto, visto que o plano é um documento técnico de linguagem pouco acessível à população.

Em um cenário pandêmico, o acesso às informações dos fluxos e serviços deve ser preciso e célere, tanto para trabalhadores e gestores, quanto para usuários. Isso favorece a resolutividade, a segurança do profissional e a tomada de decisões assertivas, tanto na clínica, quanto na gestão. Em relação ao cidadão, informações adequadas evitam o trânsito desnecessário do usuário e, conseqüentemente, a maior transmissão do vírus.

Para a Atenção Primária à Saúde (APS) as informações giram em torno da produção de materiais e recomendações de organização e atuação na pandemia. Sergipe informa

a cobertura da APS no estado, as unidades de Saúde da Família e apresenta orientações e recomendação para gestores. A Bahia, assim como outros, utiliza o plano de contingência para auxiliar na organização da atenção à saúde e destaca-se pelo uso de estratégias de qualificação do processo de trabalho na APS com o uso de telessaúde, teleconsultoria e webpalestras.

Mesmo que o estado não seja responsável direto pela APS, é imperioso destacar seu papel em apoiar os municípios e prover suporte técnico, assim como financeiro. Ainda que o olhar se volte para hospitais e equipamentos de ponta em um momento de pico da doença, é importante que se valorize as ações da APS, que tem papel fundamental no enfrentamento da COVID-19. Sarti e colaboradores (2020), atentam para a urgência da APS assumir sua função de ordenadora do cuidado, o que impõe que as esferas de governo tenham esta prioridade em suas agendas.

O uso de tecnologias de teleatendimento foi destaque nos sites, com exceção do Piauí, como aplicativos próprios, janela interativa, 0800, contato via WhatsApp® e celular. Alagoas e Ceará apresentaram dispositivos que se destacam pelo uso de janelas interativas nos sites; Rio Grande do Norte, pelo aplicativo Orienta Corona. Pernambuco cita o aplicativo Atende em Casa, mas não explicita link ou informações detalhadas.

A pandemia disparou o uso mundial das tecnologias, com destaque no campo da comunicação, educação, no rastreamento e monitoramento de pacientes. Entretanto, limitações no uso são destacadas, com atenção aos desafios da utilização das tecnologias na diversidade territorial brasileira (CAETANO et al, 2020).

6. GESTÃO DO TRABALHO

Na dimensão da Gestão do Trabalho, buscou-se evidências acerca das ações consideradas essenciais à ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde, assim como das medidas de amparo àqueles acometidos pela COVID-19, em decorrência do trabalho.

Em relação a contratação de profissionais por concurso, apenas em Pernambuco e no Rio Grande do Norte houve convocação de aprovados em concursos públicos anteriores ao início da pandemia (Quadro 03).

Em Pernambuco foram suspensos os prazos de validade dos concursos públicos homologados para permitir a continuidade de convocações. No Rio Grande do Norte nomeou-se profissionais, dispensando-os da avaliação admissional imediata por junta médica para acelerar o processo de posse.

No que diz respeito à contratação de profissionais por seleção simplificada, a maioria dos estados realizou esse tipo de seleção nos últimos meses. Apenas no Ceará e no Rio Grande do Norte não foram encontrados indícios de tais medidas.

Em Pernambuco, além da convocação de profissionais por concurso e seleção simplificada, o Governo também recrutou servidores públicos ativos, realocando-os para

a frente de trabalho da COVID-19. A mesma iniciativa de recrutamento também ocorreu no Maranhão. Na Bahia, a SES disponibilizou formulário para os profissionais realizarem cadastro de seus currículos, contudo, não constava no site maiores detalhes sobre essa forma de admissão.

As ações para promover o aprimoramento da formação dos profissionais de saúde estiveram presentes na maioria dos estados, com destaque para a Bahia, que estruturou uma seção dedicada aos profissionais no site, disponibilizando videoaulas, webpalestras, protocolos, notas técnicas, boletins e cursos gratuitos, tendo parceria com outras instituições, como a Universidade Federal de Bahia. A SES do Ceará também apresentou estratégias robustas à exemplo de um espaço contendo orientações e procedimentos por meio de: diretrizes, acesso à telemedicina com profissionais especializados, cursos online, vídeos em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, tutoriais, entre outros. Nos estados de Alagoas, Paraíba e Pernambuco não foram encontradas informações sobre a oferta de estratégias de qualificação profissional.

Ao se verificar informações sobre o apoio estadual aos trabalhadores da saúde, envolvidos no enfrentamento da pandemia, Paraíba, Piauí e Sergipe não evidenciam nos sites ações com essa finalidade. Alagoas disponibilizou aos trabalhadores da linha de frente da COVID-19 apoio psicológico, acessado por meio de assistente virtual (Zap da Saúde). O Maranhão implantou duas gratificações por decretos, sendo uma para trabalhadores das unidades de saúde por um período de três meses e outra, para trabalhadores das vigilâncias, envolvidos nas ações de fiscalização até o final da pandemia. Pernambuco instituiu pensão de natureza indenizatória aos dependentes de servidores públicos estaduais, que tenham falecido no exercício de atividade relacionada ao enfrentamento da COVID-19. No Rio Grande do Norte, em parceria com o Senac e a Fecomércio, disponibilizou-se aos profissionais da rede estadual de saúde hospedagem em hotel, para fins de isolamento social, desde que comprovem a necessidade de afastamento de familiares.

No Ceará e na Bahia, foram disponibilizados auxílios por afastamento do profissional diagnosticado com COVID-19, ou para os seus dependentes, no caso do seu falecimento. A Bahia também ofertou hospedagem em hotel para acolher os profissionais infectados pelo novo coronavírus e com sintomas leves da doença ou com suspeita de infecção.

7. TRANSPARÊNCIA PÚBLICA

No que se refere a transparência pública, o objetivo foi identificar nos sites das SES a facilidade de acesso do cidadão à informação, as opções para o acompanhamento das ações estaduais, os canais de comunicação com a população, assim como contratos celebrados e recursos financeiros gastos nas ações de combate à COVID-19. De acordo com Ramos (2018) a transparência pública é um elemento chave de um bom governo, sendo um indicador de qualidade da administração democrática e um instrumento fundamental para o combate a corrupção.

A maioria dos estados apresentou estratégias diversificadas de transparência pública para informar o cidadão, como: textos, vídeos e documentos; aplicativos para smartphones e tablets; além de atendimento por telefone ou por chat virtual. O Maranhão e o Piauí foram os estados com menos opções ao acesso à informação. No site da SES do Maranhão, apesar de constar uma área dedicada ao cidadão para acessar informações e serviços, o link desse espaço estava inativo, na data da consulta. No site da SES do Piauí, a organização dispersa das informações prejudicou a experiência de utilização da página.

No site da SES de Alagoas, uma assistente virtual, por meio de janela flutuante, dá as boas-vindas e auxilia o visitante a encontrar o que procura. Pernambuco oferta boletins diários pelo WhatsApp. A Bahia implantou o serviço Tele Coronavírus 155, para prestar orientações e esclarecimentos à população sobre a doença. O Ceará personalizou um espaço para o cidadão com bate-papo online, atendimento por telefone (24h) e por WhatsApp, além de tira-dúvidas. Também se destaca a plataforma IntegraSUS, que apresenta lista de indicadores robusta e organizada. O Rio Grande do Norte reúne um conjunto de aplicativos e plataformas para o cidadão.

Acerca da transparência pública das despesas relacionadas ao enfrentamento da COVID-19, todos os estados disponibilizam planilha com informações sobre despesas e contratos efetuados, sendo Alagoas o único estado a não apresentar valores e acesso aos contratos, a partir da planilha. O Ceará e Pernambuco, além das informações descritivas, também apresentam gráficos com análises das despesas, mas a organização dispersa das informações na página de Pernambuco prejudica relacionar despesas e contratos. De modo geral, os sites das SES mostram o detalhamento das despesas por contratante, por objeto da despesa, prazos de execução, valor total e termos aditivos.

O estado de Calamidade Pública oficialmente declarado (Decreto nº 06/2020) e sua repercussão na dinâmica de funcionamento dos orçamentos públicos, com liberação de regras legalmente estabelecidas pela Lei Complementar n. 101/2000 (LRF/2000) e a EC95/2016, tem permitido aos entes da federação a utilização dos recursos com a flexibilização de etapas e tempos para a aquisição de insumos no combate à pandemia. Embora não seja uma particularidade vinculada ao contexto da pandemia, a transparência fiscal da destinação dos recursos referentes a ação pública é obrigatória, conforme a LRF/2000 (GOMES, AMORIM e ALMADA, 2018), sendo desejável que os estados deem publicidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o nível gestão e as dimensões trabalhadas, a partir dos sites das SES, em link específico para COVID-19, é possível inferir sobre uma avaliação positiva do desempenho das SES no que diz respeito a: divulgação dos boletins epidemiológicos, diagnóstico da situação de saúde, taxa de ocupação de leitos públicos, instalação de agrupamentos decisórios e transparência sobre o gasto com a pandemia. Entretanto,

aspectos relacionados à participação da sociedade civil nos espaços de governança e sobre a taxa de ocupação dos leitos privados, praticamente, são inexistentes no espaço da gestão estadual de saúde.

Apesar de individualmente os estados terem apresentado um desempenho, de certa forma, adequado, em nenhum dos entes foi possível identificar estratégia de combate à pandemia no contexto da região. A importante iniciativa do Consórcio Nordeste e do respectivo Comitê Científico parece não ter conseguido aglutinar os estados do Nordeste em torno de um combate mais efetivo a COVID-19 no sentido de uma atuação em bloco, de modo solidário, compartilhando estratégias exitosas.

O futuro que se apresenta vai exigir da gestão estadual habilidade e competência em várias frentes, desde o cuidado com as pessoas acometidas pelo vírus e suas sequelas, à recuperação e substituição de toda tecnologia médica implantada, manutenção e realocação da capacidade instalada em um cenário de retomada da Emenda Constitucional 95 e sua grave limitação do investimento em saúde, intensificada por uma política econômica baseada em ajuste fiscal, fortemente determinada na manutenção da garantia do gasto financeiro do orçamento público em detrimento do investimento em políticas sociais.

REFERÊNCIAS

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

COMITÊ CIENTÍFICO DO CONSÓRCIO NORDESTE, **Boletim 01**, abr. 2020. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/imprensa>. Acesso em: 19/06/2020.

FALCÃO, Márcio. VIVAS, Fernanda. **Supremo decide que estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento**. G1 – TV Globo, Brasília, 15 de abril, 2020. Disponível em: <https://glo.bo/3jKGMwi>. Acesso em: 10/06/2020.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Tendências atuais da pandemia de COVID-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados**. Nota Técnica. 28 de abril de 2020.

GOMES, W.; AMORIM, P. K. D. F.; ALMADA, M. P. Novos desafios para a ideia de transparência pública. **E-Compós**, v. 21, n. 2, 4 abr. 2018.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **Hist. cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, dez. 2019.

OLIVEIRA, V.B. **A regionalização na saúde no estado da Bahia: uma análise a partir da gestão estadual.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **Transmissão do SARS-CoV-2:** implicações para as precauções de prevenção de infecção. 9 de julho, 2020.

RAMOS, Severiano Fernández. La transparencia pública: pasado, presente y futuro. **Revista Aragonesa de Administración Pública**, n. 51, pp. 213-243, 2018.

REGIÃO E REDES. O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *Novos Caminhos*, n.18, mai.2020.

REIS, Y AC; CESSÉ, EAP; CARVALHO, EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, Nov. 2010.

SARTI, Thiago Dias et al . Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE ALAGOAS, **Alagoas: Secretaria de Estado da Saúde**, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.al.gov.br/>> Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA (SESAB), **Governo do Estado: Secretaria da Saúde**, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/>> Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, **Secretaria da Saúde**, 2020. Disponível em:<<https://www.saude.ce.gov.br/>>. Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, **Portal da Saúde**, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.ma.gov.br/>>. Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, **Somos todos Paraíba: Governo do Estado**, 2020. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude>> Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SES), **Secretaria Estadual de Saúde**, 2020. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/>>. Acessado em: 16 jul. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI), **Portal da Saúde**, 2020.
Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/>>. Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE,
Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://portalCOVID19.saude.rn.gov.br/>>. Acessado em: 16/07/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, **Secretaria da Saúde**, 2020.
Disponível em: <<https://www.saude.se.gov.br/>>. Acessado em: 16/07/2020.

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO COMBATE A PANDEMIA DE COVID-19 NO CEARÁ

Juliana Vieira Sampaio

Francisco Jadson Franco Moreira

Maria Lourdes dos Santos

Jéssica Araújo de Carvalho

Francivânia Brito Mattos

Morgana Dias Chaves

Márcia Antônia Dias Catunda

1. INTRODUÇÃO

O trabalho da gestão em saúde, especialmente na saúde pública, tem sido um importante elemento no combate à Pandemia de COVID-19. Para que possamos contemplar o tema, devemos observar inicialmente quais mudanças aconteceram no Brasil e no Mundo a partir do surgimento da crise pandêmica. Destacando, principalmente, as medidas tomadas pelos gestores ao identificarem as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é o órgão que vem direcionando muitas das ações de gestão em saúde no mundo, desde que foi decretada Emergência em Saúde Pública Internacional, em janeiro de 2020, devido à pandemia de COVID-19, que se tornou alarmante em todo o mundo, demandando ações específicas por parte dos diversos gestores de saúde mundial (OMS, 2020).

A pandemia de COVID-19 demandou não só uma atenção à saúde dentro das unidades especializadas, ou seja, a atenção hospitalar, para casos agravados de COVID-19, mas também foi necessário desenvolver ações que orientassem a população, como o isolamento e o distanciamento social, e o uso de máscaras e produtos de higiene, como álcool gel etc. (BRASIL, 2020).

A capacidade de assistência dos serviços de saúde foi um dos principais pontos discutidos no mundo, identificando a necessidade de mais equipamentos, equipes disponíveis e capacitação. Importante destacar que essas demandas não se limitam à

pandemia de COVID-19, pois muitos países, como o Brasil, sofrem uma crise humanitária que afeta a saúde dos indivíduos (RODRIGUEZ-MORALES, *et al.*, 2020). Com a crise gerada a partir do surgimento da pandemia, vários países passaram a discutir a importância da saúde para toda a população, pagantes diretos ou não. Deste modo, mesmo diante do subfinanciamento da saúde no Brasil, o combate à pandemia ainda ganha ares mais “vantajosos” que o observado nos países sem saúde pública, graças ao Sistema Único de Saúde (SUS) (GUIMARÃES, 2020).

A presença de uma saúde pública, ainda que em parte deficiente, se torna condição de apoio fundamental no enfrentamento à pandemia por coronavírus. As ações de saúde do SUS estão ligadas em rede, o que as torna mais ampliadas e unívocas. Segundo Guimarães (2020), nem sempre foi assim, antes do SUS as ações eram distintas, fragmentadas e isoladas. Caso o SUS não existisse, uma população de mais de doze milhões de desempregados e 38 milhões de trabalhadores informais, não teriam acesso aos cuidados de saúde e o Brasil teria a crise pandêmica agravada, por conta principalmente da falta de respostas integradas, em virtude dos sistemas de saúde públicos apresentarem maior efetividade de resposta, como maior custo benefício (FIOCRUZ, 2018).

Entendendo a complexidade da gestão do SUS, temos como objetivo principal deste texto analisar os possíveis efeitos das ações da gestão do Governo do Estado do Ceará no combate à COVID-19.

2. METODOLOGIA

Este estudo é documental, de base quantitativa e qualitativa. Compreendemos os documentos como artefatos que estão integrados ao campo de ação da nossa sociedade produzindo diferentes efeitos nas relações sociais (SPINK, RIBEIRO, CONEJO, 2014). Os documentos utilizados neste estudo possuem o caráter oficial, público, de acesso aberto, pois foram produzidos e publicizados pelo Governo do Ceará. Segundo Flick (2009), os documentos não são representações da realidade ou dos fatos, mas sim uma materialidade produzida por alguém ou instituição, com determinado objetivo prático e com a finalidade para certo uso.

Os dados deste estudo foram obtidos por meio do site *coronavirus.ceara.gov.br*, que foi construído pelo Governo do Ceará no início da Pandemia da COVID-19, lançado no dia 25 de março de 2020, dez dias após a confirmação dos primeiros casos de infecção por coronavírus no Estado (O POVO, 2020). O *site* tem o objetivo de disponibilizar para cidadãos e profissionais de saúde informações sobre a COVID-19, com um conteúdo informativo e educativo, atualizado constantemente, pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA) e a Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE) (CEARÁ, 2020). O *site* também divulga documentos produzidos pelo Governo do Estado, como decretos, portarias, boletins e informes epidemiológicos, protocolos, notas técnicas etc.

Foram utilizados nesta pesquisa 22 decretos e 5 portarias referentes ao combate do coronavírus, publicados entre os dias 23 de março e 01 de julho de 2020, pelo Governo do Ceará. O Decreto e a Portaria possuem funções diferentes no processo de gestão, o primeiro determina o cumprimento de uma resolução, enquanto o segundo contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, etc. (UFSC, 2020).

Foram analisados também 16 boletins e 9 informes epidemiológicos emitidos entre os dias 17 de março e 1 de julho de 2020, pelo Governo do Ceará. O Boletim e o Informe Epidemiológico são tecnologias importantes para a Vigilância em Saúde, fundamentais para promover a disseminação de informações relevantes qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em Saúde Pública (INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, 1993, s/p).

Os documentos selecionados para compor o escopo da pesquisa foram lidos de forma integral, sempre observando a data de publicação, as orientações realizadas e as mudanças nos dados epidemiológicos. Todo o material obtido foi organizado em uma tabela com a data de publicação e esquematização dos principais pontos e informações mais relevantes. A tabela ajudou a identificar e visualizar mudanças e permanências nos dados epidemiológicos sobre a COVID-19 e sua possível relação com as decisões da gestão do Estado do Ceará. Todo o processo de análise dos documentos foi orientado pelo problema e objetivo da pesquisa.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos da produção de conhecimento, considerando a Resolução 466/12 (CEP/CONEP). Não foi submetida ao Comitê de Ética por se tratar de uma investigação em fontes documentais, não envolvendo seres humanos, e que utiliza informações de domínio público.

3. RESULTADOS

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), a informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. A importância da utilização dessa estratégia fica mais evidente em tempos de crise na saúde, como a atual situação global da pandemia da COVID-19, desse modo analisamos os documentos sobre COVID-19 do Estado do Ceará para apresentar os dados que seguem.

Os primeiros casos de COVID-19 no Ceará foram confirmados no dia 15 de março, apesar de haver suspeitas da circulação do vírus há mais tempo no Estado. Segundo o Boletim Epidemiológico Nº 16, no dia 17 de março de 2020 haviam 273 casos em investigação no Estado, destes, 102 (37,3%) foram descartados, 159 (58,2%) encontravam-se em investigação e 11 (4,0%) estavam confirmados.

O avanço da contaminação de forma rápida e exponencial por coronavírus no Estado pode ser observado nas informações contidas no Boletim epidemiológico Nº 18 de 26 de março

de 2020, onde foram notificados 4.605 casos para COVID-19, destes, 238 (5,2%) descartados, 4.129 (89,6%) encontravam-se em investigação, 238 (5,2%) foram confirmados em sete municípios, havendo três óbitos. Dentre os casos confirmados, 21 (8,8%) encontravam-se hospitalizados, 12 (57,0%) estavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e 9 (43,0%) em enfermaria.

O boletim de 22 de abril de 2020 indicava 3.910 casos de COVID-19 confirmados por critério laboratorial abrangendo dados de serviços de saúde públicos e privados. Nesse período a concentração de infectados era no município de Fortaleza, capital do Ceará, com 3.193 (81,7%) casos, porém 104 (56,5%) municípios do Estado já tinham casos confirmados, correspondendo a um incremento de 61,5% em oito dias, no processo de interiorização.

No território cearense, até 29 de junho de 2020, foram confirmados 108.136 casos de COVID-19, conforme o Boletim Epidemiológico Nº 32, de 1 de julho de 2020, sendo 35.081 (32,4%) de residentes na capital, percentual que tem diminuído ao longo de junho, acompanhado de um crescimento de casos no interior e região metropolitana de Fortaleza. Foram confirmados 6.153 óbitos pela doença no Estado, representando uma letalidade de 5,7%, porém indicando uma queda nesta taxa que era de 6,1% em abril. Todos os 184 municípios do Estado haviam confirmado casos em residentes.

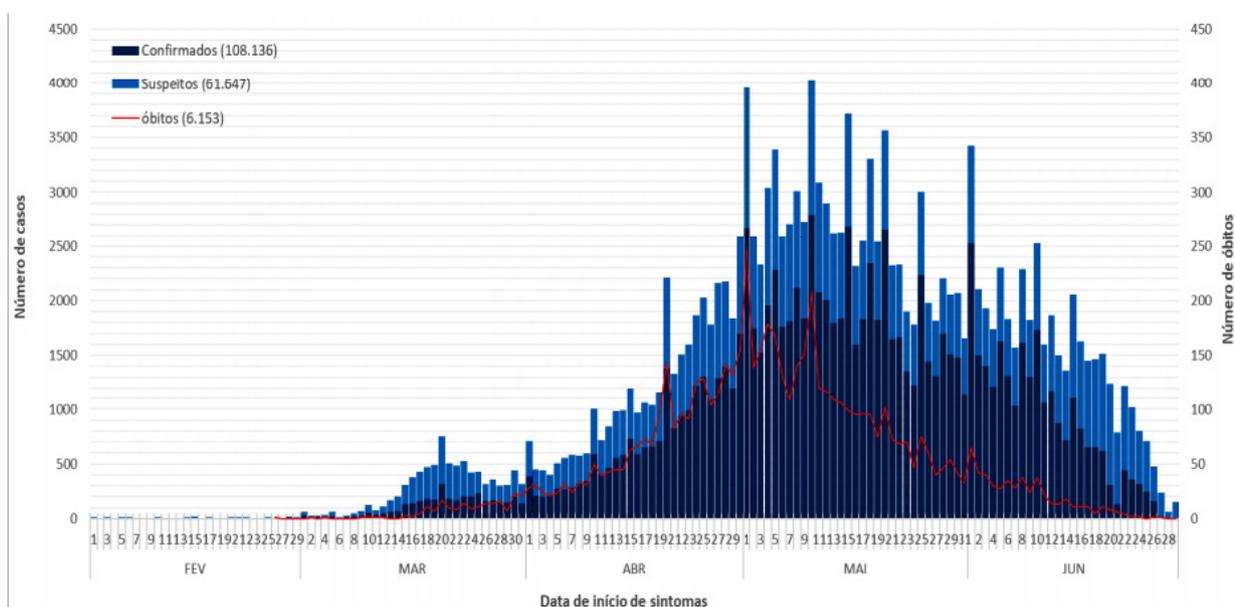
O Boletim Epidemiológico Nº 32, de 1 de julho de 2020, mostra que a curva epidemiológica dos casos de COVID-19 no Ceará teve duas ondas até o momento da escrita deste estudo. Segundo o Boletim Epidemiológico Nº 19 de 26 de março de 2020 houve aumento no número de casos suspeitos de COVID-19 no Ceará a partir do dia 04 de março de 2020, atingindo o primeiro pico no dia 20 de março.

O segundo pico aconteceu entre os dias 1 e 20 de maio. O Informe Epidemiológico publicado no dia 07 de maio indica que as medidas de isolamento social que possibilitaram o controle de casos e mortes até o início de maio, começaram a se mostrar insuficientes. A partir da avaliação dos dados epidemiológicos, foi indicada a necessidade do endurecimento das medidas de isolamento social, que já haviam sido anunciadas pelo Governo do Ceará, pelo Decreto de Nº 33.574, de 05 de maio de 2020. Este Decreto instituiu uma política de isolamento social rígido como medida de enfrentamento à COVID-19 e consistiu no controle da circulação de pessoas e veículos nos espaços e vias públicas, objetivando reduzir a velocidade de propagação da doença, em consonância com as práticas internacionais, condizente com o que o momento exigia.

O Informe Epidemiológico do dia 26 de maio afirmou que os dados sinalizavam que o Ceará estava próximo da estabilização dos casos de COVID-19 em Fortaleza, porém que a pandemia continuava ativa, sendo recomendável o não relaxamento das medidas em vigor. No dia 01 de junho entrou em vigor a fase de transição, instituindo a regionalização das medidas de isolamento e a retomada responsável das atividades econômicas e comportamentais, estabelecidas pelo Decreto Nº 33.608, de 30 de maio.

O Boletim Epidemiológico N° 32 de 1 de julho de 2020 indica que o segundo pico apresentou declínio a partir do dia 24 de maio, havendo estabilização até a primeira quinzena de junho, quando sofreu redução gradativa posteriormente. É possível identificar ainda que a maioria dos casos que evoluíram a óbito iniciaram sintomas entre os dias 28 de abril e 10 de maio, com pico no dia 1º de maio, conforme indica a Figura 1.

Figura 1 - Curva epidemiológica dos casos suspeitos, confirmados e óbitos, segundo início dos sintomas, Ceará, 2020.



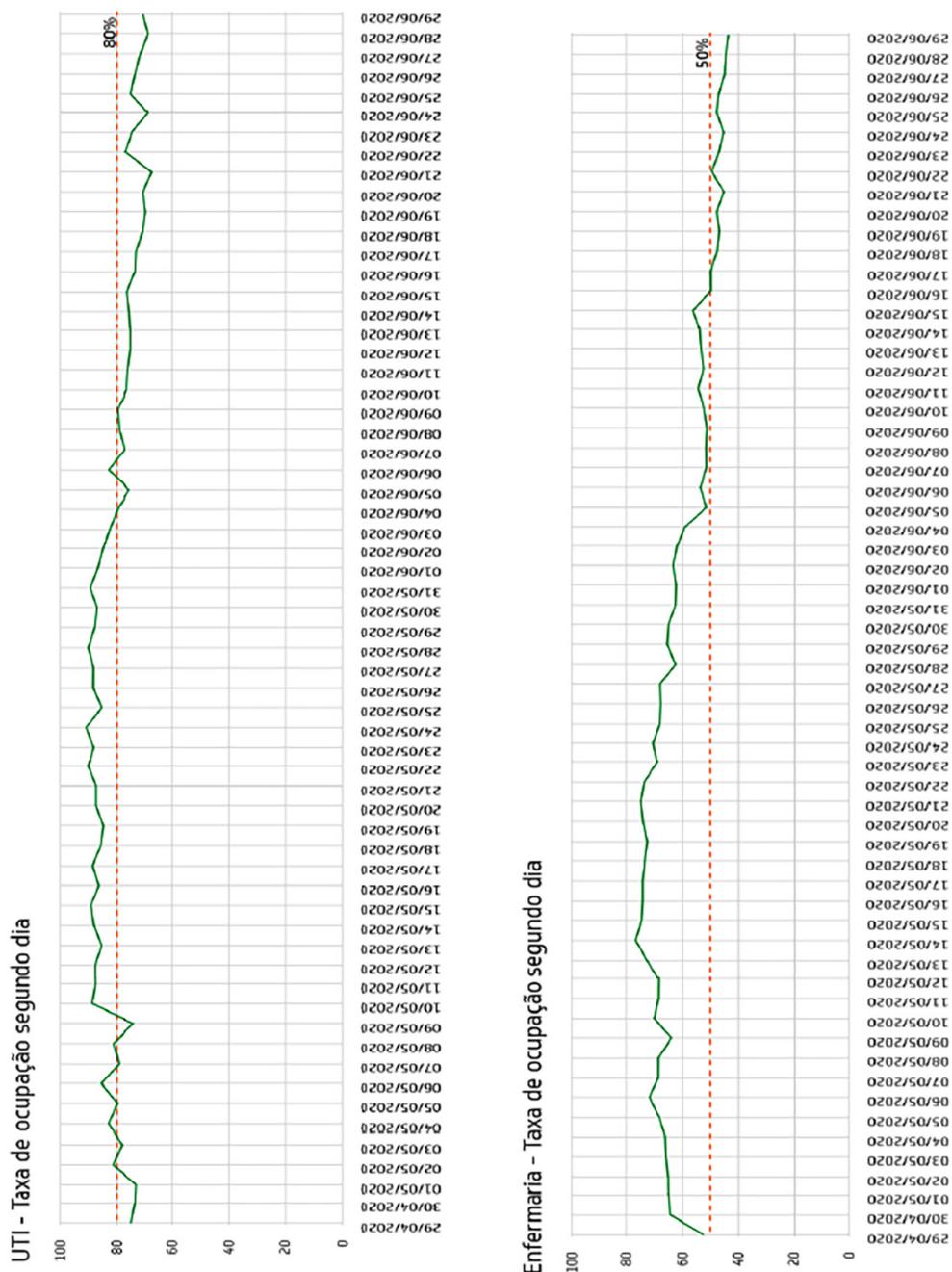
Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2020

O Boletim Epidemiológico N° 32, de 1 de julho de 2020, também indica que a taxa de ocupação dos leitos de enfermaria no Ceará, no dia 29 de junho, é de 43,2% e de leitos de UTI é de 71,3%. Em Fortaleza esse percentual é 65,0% de ocupação dos leitos de UTI; no Cariri, a ocupação de UTI é de 78,0%; na Região Norte 85,6%; no Sertão Central 82,1% e no Litoral Leste/Jaguaribe é 30,0%, indicando o processo de interiorização da COVID-19, conforme os dados anteriores indicavam. A taxa de ocupação de leitos entre os meses de março e junho de 2020 pode ser visualizada na Figura 2.

O número de reprodução básica (R_0) é uma medida que calcula a média de pessoas infectadas a partir de um caso. Quando a infecção se espalha em uma população, geralmente é mais conveniente trabalhar com o número de reprodução efetivo (R_t).

Segundo o Boletim Epidemiológico N° 32, de 1 de julho de 2020, nos primeiros dias de transmissão da pandemia, em meados de março, foi observado um R_t de 2,4 que reduziu para 1,5 com posterior redução ao longo dos meses. No dia 9 de junho, o R_t estava em torno de 1,0. O Boletim Epidemiológico N° 32, de 1 de julho de 2020, indica que em 29 de junho, o índice era de 0,6 indicando que cada caso está transmitindo, em média, para menos de uma pessoa, o que pode significar cadeias de transmissão interrompidas e, assim, o fim da pandemia em alguns locais. Pode, também, significar o atraso da notificação.

Figura 2 - Taxa de ocupação de leitos de UTI e Enfermaria por casos confirmados e suspeitos de COVID-19, em unidades hospitalares monitoradas pela rede SESA, em 29 de junho de 2020, Ceará



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2020

4. DISCUSSÃO

As estratégias de gestão inicial de combate ao avanço da pandemia foram previstas no Plano de Contingência Estadual, elaborado ainda, no mês de fevereiro deste ano, antes do primeiro registro de infecção pelo COVID-19 no Ceará. Faz parte do arcabouço legal para combater a proliferação do vírus, reduzir o contágio e, conseqüentemente, o número de óbitos

no Estado cearense. Ademais, outras estratégias, com foco social e econômico do Governo Estadual foram relevantes para o controle e redução dos percentuais de transmissão desse vírus, até o momento. É o que se observa nos dados epidemiológicos apresentados.

Os resultados apontam que houve uma diminuição na transmissão do coronavírus a partir do mês de junho, indicando que cada caso está transmitindo em média para menos de uma pessoa, o que pode significar cadeias de transmissão interrompidas e assim, o fim da epidemia em alguns locais. A interrupção dessa cadeia pode ter ocorrido devido ao Decreto de Nº 33.574, de 05 de maio de 2020, que instituiu a Política de Isolamento Social Rígido como medida de enfrentamento à COVID-19 (MOURÃO JR., 2020). Tal medida foi interrompida em 1º de junho com a apresentação do “Plano de Retomada Gradual e Responsável”, composto por cinco fases que são avaliadas, periodicamente.

Importante destacar que as ações do Governo do Ceará não foram restritas à determinação do isolamento social, mas também envolveram estratégias de apoio à formação profissional, com a capacitação de cerca de dois mil profissionais da saúde dos diversos distritos sanitários, de forma *online* e presencial, por meio da parceria entre a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e a Fiocruz. Isso possibilitou preparar a Rede Estadual de Saúde para uma atuação com respostas rápidas e eficientes, além da elaboração de estudos que pudessem atenuar as consequências da infecção (CECCIM, 2005).

Outra estratégia de gestão desenvolvida foi a requisição administrativa, prevista em Constituição (BRASIL, 1988), artigo 5º, inciso XXV, a qual, prevê o uso de propriedade particular em casos iminentes de perigo público, com isto dois hospitais particulares que estavam desativados, Hospital Leonardo da Vinci (Hospital LDV) e Hospital Batista, foram requisitados pelo Governo do Ceará, para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19. Possibilitou, assim, expandir o número de leitos disponíveis, contribuindo para amortecer o *déficit* histórico de oferta de leitos e diminuir a pressão nos serviços de saúde, que já eram sobrecarregados com demanda usual (NORONHA, *et. al.*, 2020).

Seguindo na linha hospitalar, houve a construção dos Hospitais de Campanha, que são estruturas montadas para atendimento das pessoas com COVID-19, com o objetivo de evitar o congestionamento das Unidades de Atendimento fixas e, ao mesmo tempo, ampliar a capacidade de atenção à saúde (NORONHA, *et. al.*, 2020). Assim, o Ceará criou mais de 500 leitos de UTI e 600 de enfermaria exclusivos para pacientes com a COVID-19. As estratégias da linha hospitalar possibilitaram a administração pública adquirir espaços extras para atendimento, por tempo determinado, garantindo os atendimentos e dirimindo a calamidade pública, de forma menos onerosa (NORONHA, *et. al.*, 2020).

A compra de respiradores, ventiladores mecânicos e outros equipamentos também pode ser tomada como medida de gestão, visto que a ausência destes eleva a mortalidade e a taxa de letalidade por COVID-19 (MOREIRA, 2020). Dessa forma, a compra de equipamentos quer seja para Unidades de Terapia Intensiva, ou não, como a distribuição de equipamentos

de proteção individual (EPI), são pontos fortes para a contenção do avanço da pandemia e diminuição da letalidade, inclusive melhorando as condições de trabalho dos profissionais da saúde, que precisam ter a saúde física e mental protegida e preservada (HELIOTÉRIO, *et. al.*, 2020).

O Governo do Ceará, a partir de junho, disponibilizou testes para COVID-19 no sistema *drive-thru* no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), para pessoas que apresentem sintomas leves a moderados durante três a sete dias, sendo necessário um agendamento prévio *online*. Outra medida de identificação de novos casos do coronavírus no Ceará foi a avaliação, orientação e testagem de passageiros que desembarcaram em voos nacionais ou internacionais. A barreira sanitária tem permitido identificar com precisão a incidência da doença no território cearense e o planejamento de ações estratégicas para conter a transmissão do vírus, com a possibilidade do diagnóstico precoce.

A testagem em massa da população durante a pandemia, torna-se uma das marcas do enfrentamento ao coronavírus no Ceará, sendo o estado brasileiro que mais testa, tanto proporcionalmente, quanto numericamente. Até 02 de julho de 2020 foram realizados cerca de 288.366 testes, entre testes rápidos e exames de biologia molecular (CEARÁ, 2020). A testagem em massa da população possibilita uma atuação planejada e alinhada com as demandas reais da população tornando-as mais eficazes e eficientes no que concerne ao combate à pandemia por COVID-19 (PLATERO, GOMES, 2005).

Para além das questões que dimensionam ações diretas para atenção à saúde da população, não podemos deixar de mencionar as estratégias de gestão, que visam dirimir ou prevenir o agravamento da “Questão Social”, como é o caso da ação governamental que distribuiu vale alimentação para 423 mil estudantes da Rede Estadual, isentou 123 mil famílias do pagamento da tarifa de água, 534.510 famílias da conta de luz e distribuiu 245 mil botijões de gás para população em vulnerabilidade social. Segundo Iamamoto (1999), a “Questão Social” envolve diferentes expressões das desigualdades da sociedade capitalista, que tem como raiz a apropriação, por parte da sociedade, da riqueza produzida, esse fenômeno se tornou mais evidente com a pandemia (IAMAMOTO, p. 27, 1999).

Desse modo, é importante que, mesmo no combate à pandemia, as ações da gestão envolvam o enfrentamento das iniquidades de saúde e fiquem atentas aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que abrangem “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINNI, 2007, p. 78).

5. CONCLUSÃO

O estudo mostrou que o estado do Ceará teve duas ondas de pico da COVID-19, sendo o primeiro em março e o segundo, em maio. Diante disso, o Governo do Estado teve que adotar medidas mais rígidas para conter o problema, que produziram como efeito o declínio

da curva de casos e óbitos, a partir do dia 24 de maio. Apesar do foco na saúde, os impactos sociais e econômicos também foram considerados motivos de preocupação. As ações realizadas mostram que os resultados têm sido positivos, com diminuição considerável na transmissão, a partir do mês de junho.

O Governo do Ceará tem obtido êxito no combate ao coronavírus, pois além de determinar o isolamento social, comunicar a população acerca dos cuidados e gravidade da pandemia, também agiu com planejamento estratégico ativando hospitais desativados, construindo hospitais de campanha e comprando equipamentos para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e demais serviços de saúde, o que impediu o colapso do Sistema de Saúde no Ceará.

Diante do exposto nesse estudo, pode-se concluir que o Governo do Ceará agiu de forma ágil e assertiva no combate ao crescimento da curva da COVID-19, ao seguir as orientações de autoridades e estudiosos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil registra 438.23 casos confirmados de coronavírus e 26.764 mortes. Brasília. *Site coronavírus Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://COVID.saude.gov.br/>>. Acesso em:05/07/2020.

BRASIL. O “Brasil Conta Comigo” cadastra 500 mil profissionais de saúde para atuarem no combate à COVID-19. Brasília, 24 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2CWFttA>>. Acesso em:14/07/2020.

BUSS, Paulo. Informe Epidemiológico do SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 97-98, Mar. 1993.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abril. 2007.

CEARÁ. Confira as ações que o governo do Ceará vem promovendo no combate à pandemia. Fortaleza, 29 de jun. de 2020. Disponível em: <[https:// bit.ly/2DdvRKM](https://bit.ly/2DdvRKM)>. Acesso em: 14/07/2020.

CEARÁ. Boletim Epidemiológico N° 19 de 26 de março de 2020. Disponível em: [https:// bit.ly/2Popqop](https://bit.ly/2Popqop). Acesso em:05/07/2020.

CEARÁ. Boletim Epidemiológico N° 32 de 1 de julho de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2X1VSnl>>. Acesso em: 05/07/2020.

CEARÁ. Informe Epidemiológico publicado no dia 07 de maio. Disponível em: <<https://bit.ly/2CSR69>>. Acesso em: 05/07/2020.

CEARÁ. Decreto de N° 33.574 de 05 de maio de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/304AQql>>. Acesso em: 05/07/2020.

CEARÁ. Informe Epidemiológico do dia 26 de maio. Disponível em: <<https://bit.ly/3f4ZVpe>>. Acesso em: 05/07/2020.

CEARÁ. DECRETO N°33.608, de 30 de maio. Disponível em: <<https://bit.ly/3fduSb7>>. Acesso em: 05/07/2020.

CEARÁ. Informações sobre o novo coronavírus. Disponível em: <<https://bit.ly/3f14gcZ>>. Acesso em: 05/07/2020.

CECCIM, Ricardo. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FIOCRUZ. Jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro. v. 10, n. 59. jul., 2018. *Revista Poli*. Edição especial. ISSN 1983-909X.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed-Bookman; 2009.

GUIMARÃES, Cátia. **A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia**. São Paulo: Fiocruz, 2020.

HELIOTERIO, Margarete Costa et al. COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/39wIrRD>>. Acesso em: 02/06/2020.

MOREIRA, Rafael da Silveira. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5. MAI., 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00080020>

MOURÃO JR., Carlos. COVID-19 e isolamento social: algumas reflexões. **Revista Augustus**, v. 25 n. 51, 2020. <https://doi.org/10.15202/1981896.2020v25n51p381>

NORONHA, Kenya; GUEDES, Gilvan; TURRA, Cássio; *et. al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36 n.º.6, Rio de Janeiro, junho, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00115320>

OPOVO. **Ceará tem 3 mortes por coronavírus e 238 casos confirmados da pandemia**. Disponível em: <<https://bit.ly/3jO4Xde>>. Acesso em: 05/07/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração sobre a segunda reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (2005) sobre o surto de novo coronavírus (COVID-19). Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020 Disponível em: <<https://bit.ly/333lyE2>>. Acesso em: 05/07/2020.

PLATERO, Klarissa; GOMES, Fabian. Números estatísticos e realidades: Uma proposta de reflexão sobre a pandemia de COVID-19 no Brasil. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia 2020 – pp. 1-11. 2020.**

RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso; GALLEGO, Viviana; ESCALERA-ANTEZANA, Juan Pablo; *et. al.* **COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil**. *Elsevier*, 2020; 1477-8939. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.10161>

SPINK, Peter; RIBEIRO, Maria; CONEJO, Simone; SOUZA, Eliete. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jaqueline; NASCIMENTO, Vanda; CORDEIRO, Mariana (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro. 2014.

TELESSAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM RECIFE: TELEORIENTAÇÃO, TELEMONITORAMENTO E TELEACOLHIMENTO MEDIADOS PELO APLICATIVO ATENDE EM CASA

Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães

Isabel Brandão Correia

Kleber Soares Araújo

Tassia Fernanda Carneiro de Andrade

Rubens Cavalcanti Freire da Silva

Maria Angélica Bezerra de Oliveira

Mariana Troccoli de Carvalho

Karina Maria Farias Tenório

Ana Sofia Pessoa da Costa Carrarine

Jailson de Barros Correia.

1. INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou estado de emergência de saúde pública de importância internacional devido ao surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2), agente causador da COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Este fato marcou o início de um esforço global para implantação de medidas sanitárias com o intuito de retardar a velocidade de transmissão do vírus, reduzir o risco de saturação da oferta de vagas hospitalares para cuidados críticos nos sistemas de saúde e minimizar os impactos no campo da saúde mental. Dentre as medidas recomendadas em larga escala, encontram-se as boas práticas de higiene, etiqueta respiratória e o distanciamento social. Para as pessoas contactantes ou que apresentaram sintomas gripais, medidas mais estritas foram recomendadas, descritas como isolamento domiciliar (OHANNESSIAN; DUONG; ODONE, 2020).

Neste contexto, a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Recife, assim como outras cidades brasileiras, seguiu as recomendações internacionais para contenção do

colapso dos sistemas de saúde (HONG *et al.*, 2020), que incluíam a suspensão da oferta de serviços considerados não essenciais, inclusive das ações assistenciais eletivas. Este cenário de acesso restrito ao sistema de saúde pela população levou a busca por estratégias que permitissem novas vias para a continuidade do cuidado, sem a necessidade da presencialidade. Sendo assim, a Telessaúde assume um *locus* de evidência pois traz meios que permitem a atenção à saúde de forma remota (HONG *et al.*, 2020).

As experiências de utilização da telessaúde no mundo incluíram a oferta de aplicativos de uso populacional para identificação de casos leves e graves da doença (HONG *et al.*, 2020); oferta de teleconsulta (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020); serviços de apoio a pessoas em sofrimento psíquico (LIU *et al.*, 2020); e monitoramento de casos em isolamento domiciliar (XU *et al.*, 2020). No Recife, foi desenvolvido o aplicativo “Atende em Casa”, o qual busca apoiar os usuários através da avaliação de sintomas suspeitos da COVID-19 e prover orientação sobre as medidas de distanciamento social e isolamento domiciliar. Além disso, oferta teleorientação para pessoas que relataram alguma condição de risco ou sintoma de alerta e, assim, providencia o encaminhamento qualificado ao serviço de saúde quando necessário. Também apoia o monitoramento sistemático dos usuários durante o período de isolamento domiciliar e busca dar suporte à saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico.

Para oferta das ações acima descritas, montou-se um serviço de teleatendimento com profissionais de saúde da rede SUS Recife. O objetivo deste relato é descrever a experiência de implantação dos serviços de telemonitoramento, teleorientação e teleacolhimento através do uso do aplicativo “Atende em Casa”.

2. ATENDE EM CASA: TELEASSISTÊNCIA NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO RECIFE

Apresentação e implementação do serviço

Diante da necessidade de responder às demandas de cuidados relativos à COVID-19, levando-se em consideração o contexto anteriormente descrito, foi criado o “Atende em Casa” a partir da parceria entre as Secretarias de Saúde do Recife e do Estado de Pernambuco. Trata-se de um serviço de teleassistência para a população, mediado por um aplicativo, iniciado no dia 26 de março de 2020, com ênfase nas síndromes gripais e COVID-19.

Residentes do Recife podem acessar o serviço a partir de qualquer dispositivo móvel conectado à internet através de uma aplicação *web* (atendeemcasa.pe.gov.br) ou Android (BRAINY RESOLUTION, 2020). Após realizar o cadastro individual, o usuário é direcionado para um questionário autorresponsivo que permite a avaliação inicial do quadro de saúde

a partir de perguntas sobre seus sintomas. Caso necessário, é ofertado um atendimento através de videochamada ou chamada telefônica com um profissional de saúde.

É importante ressaltar que, pelo contexto e necessidade de respostas imediatas, o desenvolvimento da aplicação e a gestão desse serviço ocorreu em processo. A experiência do Núcleo Municipal de Telessaúde que oferta teleinterconsultas para as equipes de Saúde da Família (eSF) do município foi fundamental para o direcionamento técnico e organizacional do novo serviço.

A formação dos profissionais de saúde para o teleatendimento aconteceu com o serviço em funcionamento. Do mesmo modo, os problemas da aplicação ou do processo de trabalho são continuamente reavaliados. Na medida em que fragilidades ou potencialidades são identificadas, soluções e novas implementações são operacionalizadas.

No início das atividades do Atende em Casa, a equipe de profissionais era composta por médicos e enfermeiros que atuavam em setores da gestão municipal da Secretaria de Saúde relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e à Telessaúde, dada a experiência com os recursos digitais e conhecimento da RAS. Ao longo do tempo, a equipe foi continuamente ampliada. Foram incorporados enfermeiros e médicos provenientes de serviços eletivos de saúde provisoriamente suspensos e de programas de residência e profissionais portadores de condições de risco para COVID-19.

Ademais, somaram-se profissionais de outras categorias para realização de teleatendimento de pessoas com necessidades de apoio emocional. Dentro dessa modalidade, foram inseridos profissionais-residentes de Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde da Família, além de profissionais vinculados à Secretaria de Saúde do Recife atuantes no campo da saúde mental.

Diante do quadro de progressiva incorporação de recursos humanos, destaca-se a importância dos momentos de educação permanente que objetivaram o desenvolvimento de competências para realização de teleatendimento voltado para o contexto da COVID-19. Tais atividades foram destinadas a profissionais das mais diversas áreas de atuação, e, em alguns casos, com dificuldades no manejo de recursos tecnológicos. As atividades formativas utilizaram diferentes estratégias de ensinagem, adequando-se às singularidades de cada profissional. Foram realizadas exposições dialogadas com pequenos grupos, acompanhamento individual em atendimentos, além da disponibilização de vídeos explicativos e manuais técnicos desenvolvidos pela equipe de coordenação (PERNAMBUCO; RECIFE, 2020). Além disso, o processo de educação permanente buscou garantir reportagem de problemas, esclarecimento de dúvidas e alinhamentos de novos fluxos e condutas.

Para o treinamento da equipe do serviço de apoio emocional, foi construído um protocolo no qual constam orientações gerais, pontos importantes referentes ao sofrimento psíquico, ao autocuidado e às ações preventivas. O cuidado ofertado tem como referência a atuação em base territorial, o que permite a articulação entre os profissionais e os pontos assistenciais da RAS (PERNAMBUCO; RECIFE, 2020).

2.1 Trabalho Remoto

Com a notável quantidade de profissionais de saúde infectados (PERNAMBUCO, 2020b), houve uma mobilização para possibilitar o trabalho remoto. O acesso a essa modalidade exigiu as seguintes ações: incorporação do uso da tecnologia VoIP (realização de chamadas telefônicas através da internet); disponibilização de recursos em nuvem para consulta rápida e atualizada; migração da sala de trabalho analógica para organização de grupos em ambiente digital e instituição de pré-requisitos tecnológicos e de experiência prévia em trabalho presencial.

Para preservar a continuidade dos momentos de educação permanente e o alinhamento da equipe, o novo formato de organização do trabalho incluiu: a distribuição dos profissionais em salas digitais com até 12 pessoas na plataforma *Google Meet*®; a instituição de referências médicas e de enfermagem que exercem a coordenação do trabalho nas salas digitais; a elaboração de um fluxo de comunicação entre os profissionais e a coordenação do serviço; e uma comunicação interna via *Whatsapp*®.

2.2 Três modalidades de assistência: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento

O Conselho Federal de Medicina, no dia 19 de março de 2020, reconheceu “em caráter de excepcionalidade” o uso ético da telemedicina nas seguintes modalidades:

Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e encaminhamento de pacientes em isolamento;
Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença;
Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 1)

Os profissionais do Atende em Casa atuam nas modalidades teleorientação e telemonitoramento.

A teleorientação no Atende em Casa busca acolher o usuário em sua experiência de adoecimento, verificar as condições e sintomas referidos e orientar sobre os cuidados necessários. Busca, através de uma entrevista semiestruturada, informar os usuários da necessidade ou não de uma consulta presencial em um ponto assistencial da RAS e esclarecer sobre suas dúvidas.

A identificação de problemas psicossociais, disparados ou agravados pelo contexto da pandemia, como medo, ansiedade e tristeza exacerbados, associado a problemas sociais como o desemprego e a violência doméstica evidenciaram a necessidade de criar o Teleacolhimento, um serviço de teleorientação especificamente voltado para o apoio emocional às pessoas diagnosticadas, suspeitas ou em distanciamento social. Da mesma

maneira, o teleacolhimento busca oferecer apoio emocional e quando necessário encaminhá-lo a um ponto assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O telemonitoramento se desenvolveu a partir da necessidade de ampliar as medidas de prevenção e controle da infecção com o acompanhamento de pessoas com sintomas suspeitos. É possível identificar condições de risco de gravidade e intervir precocemente. No momento o telemonitoramento é ofertado para pessoas que foram encaminhadas para consulta presencial em um serviço de referência; pessoas em isolamento domiciliar que foram atendidas nos serviços de referência destacados para atendimento à COVID-19 do município que apresentam alguma condição de risco ou vulnerabilidade e pessoas que tiveram contato de risco com alguém infectado ou tiveram o resultado positivo de PCR-RT provenientes de um aplicativo de rastreamento de contatos, DyCOVID (MAMBALABS, 2020; PERNAMBUCO; RECIFE, 2020).

A principal forma de comunicação entre os profissionais e os usuários é a videochamada. Quando não é possível ofertá-la, por dificuldades tecnológicas do usuário, opta-se pelo uso de chamada telefônica.

2.3 Fluxo dos usuários no Atende em Casa

O algoritmo da aplicação atua através de um questionário autorresponsivo. Foi desenvolvido e validado pela coordenação técnica a partir dos protocolos de Síndrome Gripal do Ministério da Saúde, do estado de Pernambuco e do município do Recife (BRASIL, 2020b; PERNAMBUCO, 2020a; RECIFE, 2020).

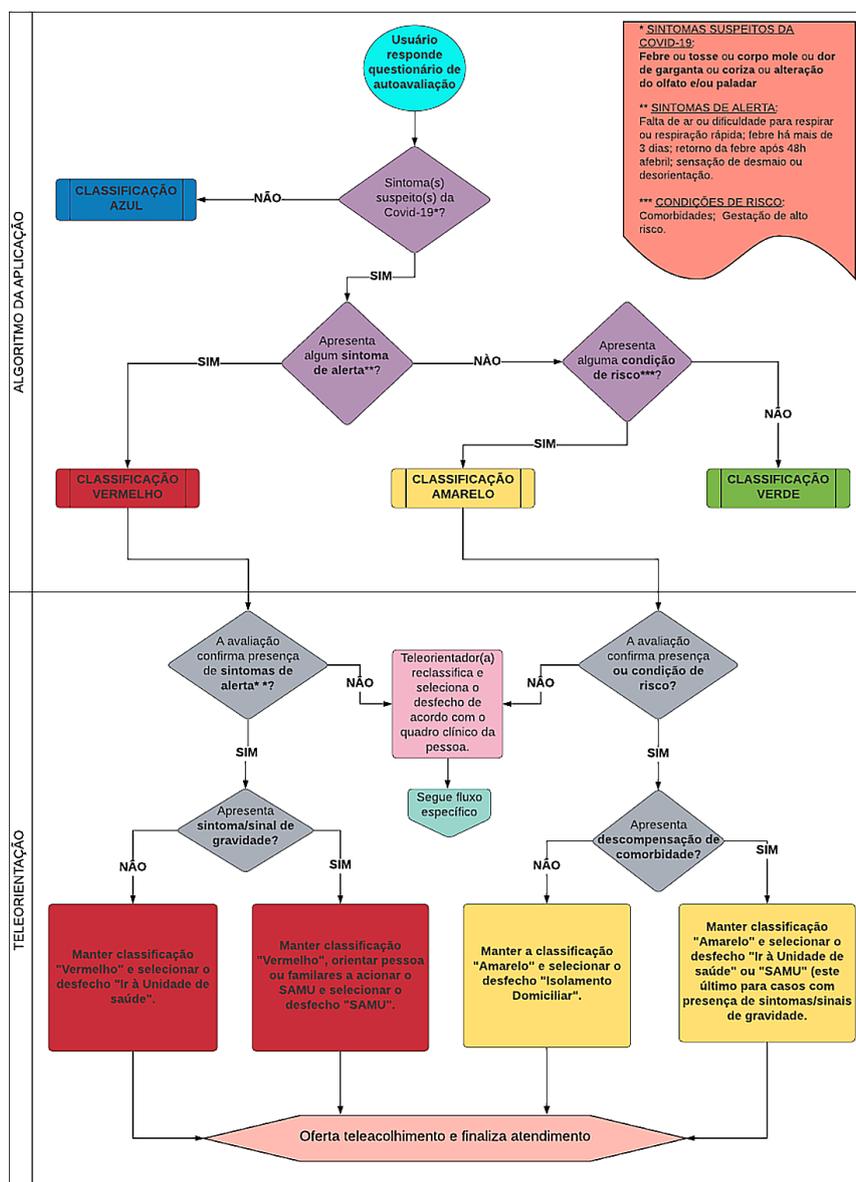
O algoritmo opera a partir de variáveis que geram quatro classificações (PERNAMBUCO; RECIFE, 2020):

- Variáveis: 1) sintomas: febre, tosse, corpo mole ou fraqueza, dor no corpo, dor de garganta, coriza; alteração do olfato e/ou paladar; 2) sintomas de alerta: falta de ar, dificuldade para respirar ou respiração rápida, sensação de desmaio/desorientação, febre há mais de 3 dias, retorno da febre após 48h afebril; 3) condição de risco para complicações da COVID-19: problema de coração, pulmão ou diabetes, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, tratamento prolongado com corticóide ou transplante, gestante em pré-natal de alto risco; 4) idade; 5) tempo de início do primeiro sintoma.
- Classificações: 1. “Azul”, pessoas sem sintomas suspeitos de COVID-19; 2. “Verde”, pessoas com sintomas suspeitos para COVID-19, porém sem nenhuma das condições de risco para complicação da COVID-19 e sem sintomas de alerta; 3. “Amarelo”, pessoas com sintomas suspeitos para COVID-19 e com alguma das condições de risco para complicações da COVID-19, porém sem sintomas de alerta; 4. “Vermelho”, pessoas com sintomas suspeitos para COVID-19 e com sintomas de alerta.

A pessoa com classificação “Azul” recebe orientações de cuidados gerais e distanciamento social. Quando a classificação é “Verde”, a pessoa é orientada quanto aos sinais e sintomas de alerta, à realização do isolamento domiciliar por 14 dias do início do primeiro sintoma e ao agendamento do exame RT-PCR. Além disso, o apoio emocional é ofertado para essas pessoas. Todas essas ações são automatizadas.

Nas classificações “Amarelo” e “Vermelho”, o fluxo é organizado de acordo com o horário de acesso. Das 7h às 19h, a pessoa é direcionada para a teleorientação com profissionais médicos ou enfermeiros, conforme ilustrado no fluxograma (imagem 01). Entre 19h e 7h, a pessoa recebe uma orientação automatizada pelo aplicativo para buscar o serviço de pronto-atendimento mais próximo à sua casa e, no dia seguinte, os profissionais do Atende em Casa entram em contato.

Imagem 1. Fluxo do processo da teleorientação para usuários com classificação “Amarelo” e “Vermelho”



Fonte: PERNAMBUCO; RECIFE, 2020.

Por fim, na tela de finalização, é ofertado um cardápio de serviços de cuidado em interface com outros aplicativos e mídias sociais. O usuário pode acessar guias de práticas de atividade física sob orientação do Programa Academia da Cidade e de práticas integrativas, ofertadas por profissionais da rede municipal de saúde.

2.4 Avaliação, medidas e análises do Atende em Casa

Os dados produzidos pelo Atende em Casa são obtidos e apresentados a partir de três diferentes fontes de informação e baseiam o contínuo processo de monitoramento, análises e tomadas de decisões de gestão do serviço.

No Painel de Atendimento, é possível consultar a produção por profissional. Esses dados são coletados e alimentam uma planilha de avaliação, na qual é possível acompanhar a produção de toda a equipe, comparar com a média diária de atendimentos e visualizar o histórico em gráficos.

O aplicativo coleta a avaliação de satisfação do usuário na tela de finalização, com uma avaliação quantitativa (1 a 5 estrelas) e um campo aberto de comentários a partir da pergunta: “Qual o seu nível de satisfação com o app?”.

Junto com o aplicativo para o usuário e o painel de atendimento, foi desenvolvido um portal para consultas e análises de dados de produção, *analytics*, que inclui informações de cadastro e produção georreferenciadas a partir da localização informada pelo usuário. Esses dados são disponibilizados para as eSF possibilitando o compartilhamento de ações entre serviços, monitoramento e a continuidade do cuidado das pessoas no território.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 26 de março e 15 de julho de 2020, 48.382 cidadãos recifenses utilizaram o aplicativo Atende em Casa. A maioria dos usuários, 25.108 pessoas (51,9%), foram classificados como “Azul” ou “Verde” e orientados pelo aplicativo a realizar os cuidados de distanciamento social ou isolamento domiciliar.

O número de pessoas classificadas como “Amarelo” ou “Vermelho”, que referiram alguma condição de risco ou sintomas de alerta no questionário autorresponsivo, totalizou 23.274. Dessas, 19.440 conseguiram concluir a teleorientação, sendo que 12.989 foram orientadas para continuidade do cuidado no domicílio, 6.411 necessitaram de um atendimento presencial em uma unidade de referência e 40 de apoio de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

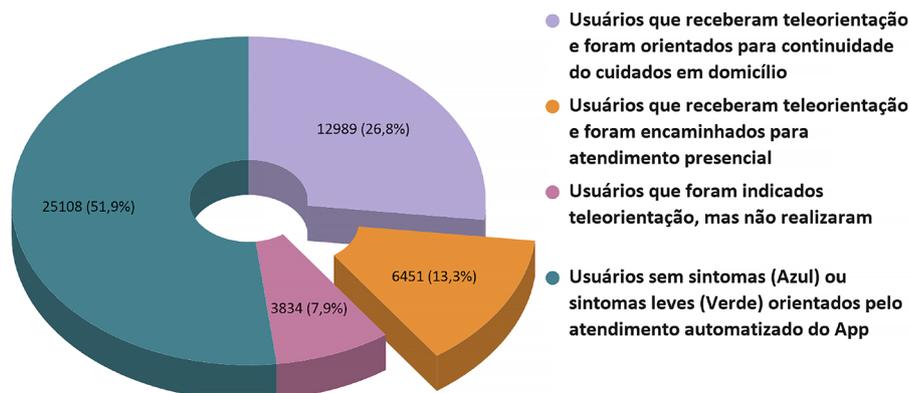
Uma pequena parcela, 3.834 pessoas (7,9%), não conseguiu realizar a teleorientação por não atenderam à videochamada nem à chamada telefônica. O número de teleorientações realizadas por médicos e enfermeiros neste mesmo período chegou a 23.715, superior ao número absoluto de pessoas com alguma condição de risco ou sintomas de alerta identificadas

no questionário autorresponsivo, pois poderia ser realizada mais de uma orientação para o mesmo usuário. De todos os usuários que utilizaram o aplicativo, 6451 (13,3%) precisaram se deslocar de sua residência para a realização dos cuidados de saúde de forma presencial (imagem 2).

Imagem 2. Usuários atendidos no Atende em Casa por tipo de desfecho.

Total de usuários cadastrados: 48.382

Dados atualizados em 15/07/2020 às 20h30



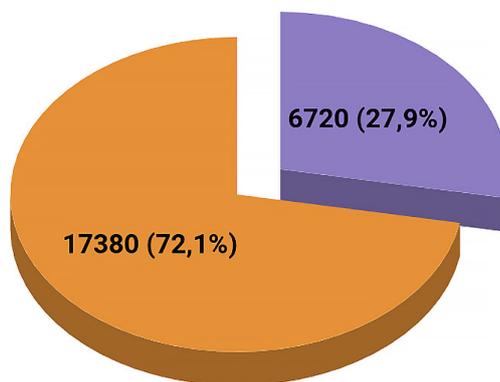
Fonte: Autores

De acordo com terceira fase da pesquisa de prevalência do coronavírus coordenada pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas, EPICCOVID-19, a prevalência de pessoas com anticorpos em Recife foi de 1,4% entre 21 a 24 de junho. Considerando a população estimada para o município de 1.645.727 habitantes, seriam aproximadamente 23.040 pessoas que tiveram a infecção pelo SARS-CoV-2 (BRASIL, 2019; HALLAL *et al.*, 2020). No Boletim Epidemiológico do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Recife, até 14 de julho de 2020, havia 23.433 casos confirmados de COVID-19 no município (LUCENA *et al.*, 2020). Apesar dos problemas relacionados à sensibilidade dos testes sorológicos, das limitações do estudo populacional, da oferta limitada de exames, da subnotificação de casos leves, além de que pessoas com sintomas gripais não necessariamente têm como causa a COVID-19, a dimensão do número de usuários que utilizaram o aplicativo parece ser expressivo diante destes valores comparados, chegando a ser mais que o dobro (48.382) da estimativa realizada pela pesquisa supracitada e da notificação local de casos confirmados.

Sobre os meios de contato para a teleorientação, apesar da prioridade dada a videochamada, a chamada telefônica é responsável por 72,1% dos teleatendimentos (imagem 3).

Imagem 3. Modalidades de comunicação das teleorientações.

Dados atualizados em 15/07/2020 às 20h30



● Por videochamada ● Por telefone

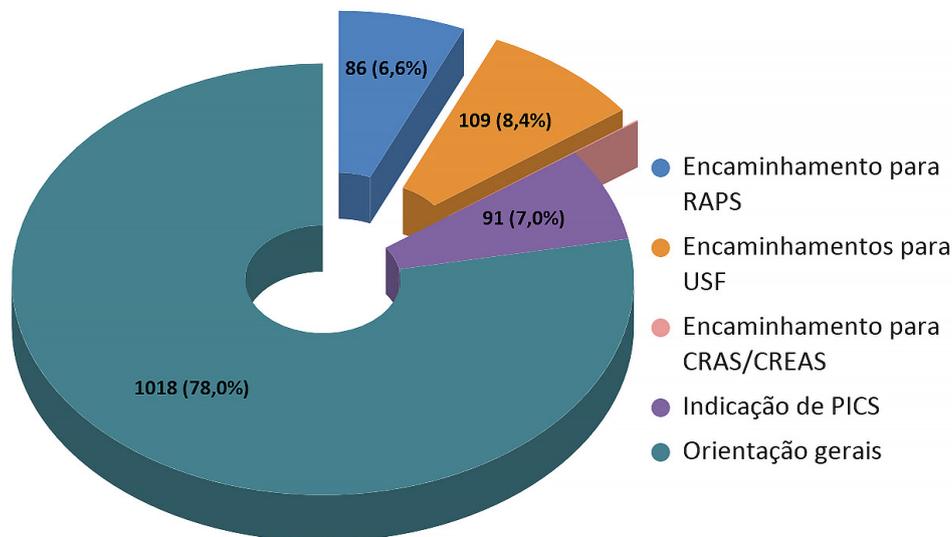
Fonte: Autores

A videochamada é sempre ofertada no primeiro momento do contato, caso haja um insucesso nesta tentativa, é ofertada a chamada telefônica. Os motivos mais relatados de insucesso são problemas técnicos do aparelho ou da conexão e dificuldades na operação do aplicativo pelo usuário.

A dificuldade de acesso relacionadas aos requisitos tecnológicos pode ter uma interferência para além das 3.834 pessoas que acessaram o aplicativo mas não conseguiram concluir a teleorientação síncrona com os profissionais de saúde, há um público ainda não estimado de potenciais usuários que não puderam acessar o serviço. O principal problema de infraestrutura identificado é a conectividade do usuário a internet, tanto a conexão em si, quanto a qualidade necessária para realizar videochamadas.

No total, 946 usuários receberam apoio emocional pela equipe de teleacolhimento, gerando 1.309 teleatendimentos entre 4 de maio e 16 de julho de 2020. Destes, 195 (15%) precisaram de seguimento para cuidados em outros pontos da RAS, como Unidades de Saúde da Família ou Centro de Atenção Psicossociais. Esse encaminhamento é gerado por se perceber uma premência da continuidade do cuidado, após a oferta do apoio emocional, para usuários que apresentem sintomas de desequilíbrio emocional comprometendo a qualidade de vida e autocuidado, sendo necessária intervenções psicológicas terapêuticas e/ou medicamentosas.

Imagem 4. Atendimentos do teleacolhimento por tipo de desfecho.



Fonte: Autores

Quando observadas a curva de novos cadastros por dia (gráfico 1), percebe-se uma densidade maior entre a última quinzena de abril e a primeira quinzena de maio. No dia 27 de abril, 1.878 novas pessoas realizaram cadastro no aplicativo Atende em Casa, número menor apenas que o dia de lançamento do serviço, que contou com ampla divulgação nos meios de comunicação e no qual 2.744 novos cadastros foram realizados. A partir de junho, os novos cadastros apresentam uma tendência de constância em torno de uma média diária de 123 novos usuários.

Gráfico 1. Novos cadastros no aplicativo por dia entre 26/3/2020 e 9/7/2020.

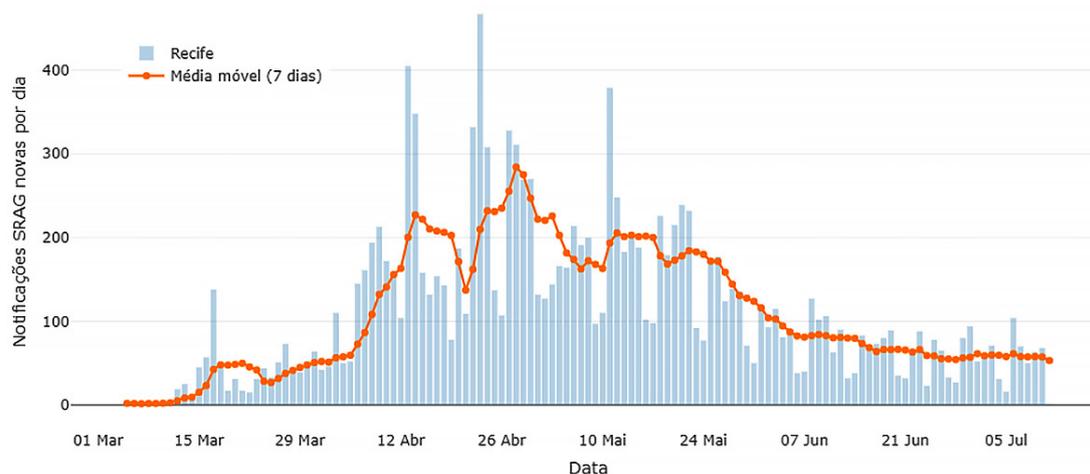


Fonte: Autores

O comportamento da curva do gráfico anterior traz similaridades com o gráfico das notificações de casos de SRAG no município (gráfico 2). Pode-se tecer uma inferência das

buscas por uso do serviço de teleassistência (novos cadastros) com a quantidade de pessoas infectadas na região.

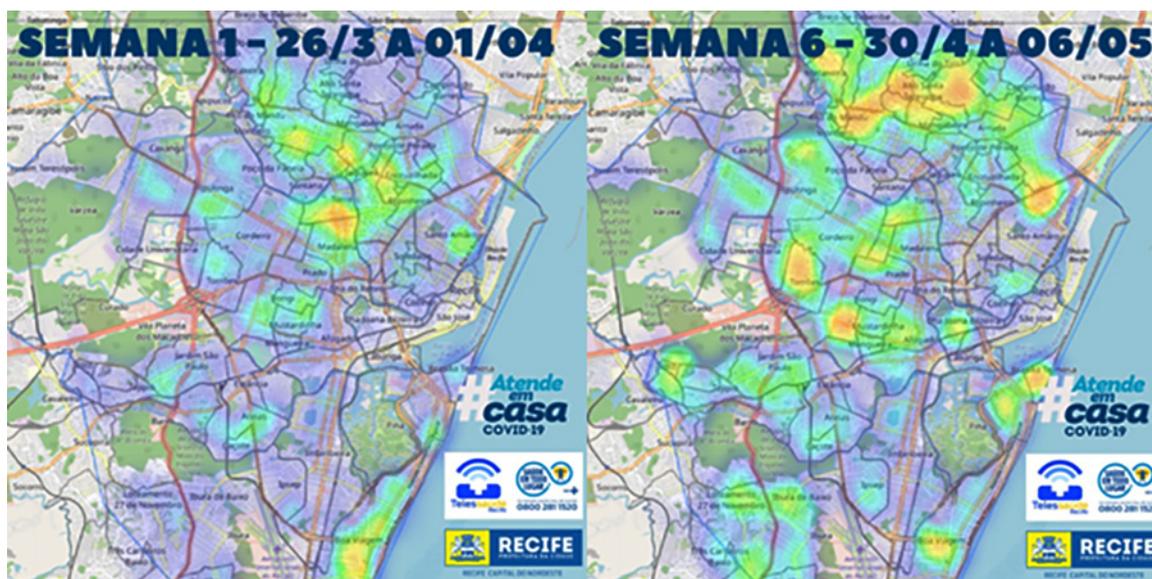
Gráfico 2. Notificações SRAG novas por dia de notificação.



Fonte: CIEVS/Recife (LUCENA *et al.*, 2020).

A distribuição das teleorientações por bairros, por período, demonstra mudança no seu padrão entre as semanas. Na primeira semana após lançamento do serviço, a maior densidade de pessoas usuárias acontece em bairros centrais ou com menor vulnerabilidade social. Com o passar das semanas, a concentração em bairros periféricos ou de maior vulnerabilidade prevalece, conforme imagem 5.

Imagem 5. Mapas de calor - distribuição dos usuários que receberam teleorientação por semana



Fonte: CIEVS/Recife (LUCENA *et al.*, 2020).

Essa tendência pode ser relacionada à dinâmica histórica da infecção nos bairros da cidade. Os primeiros casos, importados do exterior eram de residentes de bairros centrais ou daqueles com maior renda per capita. Os usuários destes bairros também possuem um melhor acesso à informação e disponibilidade tecnológica, o que pode relacionar com o acesso facilitado em um momento inicial do serviço. Com o passar do tempo, a doença se alastrou em todos os bairros da cidade, e aqueles com maior vulnerabilidade social foram os mais atingidos devido a maior dificuldade de realização do isolamento social ou domiciliar (BRASIL, 2020a), relacionando com um maior volume de acesso da população desta região ao Atende em Casa.

Dezenas de milhares de avaliações de satisfação dos usuários foram coletadas. A média aritmética do resultado da avaliação quantitativa foi 4,4 (máximo 5). Os comentários com pontuação mais elevada (4 e 5) relacionam a facilidade e agilidade no acesso a uma orientação especializada, a qualidade do atendimento do profissional e a sensação de segurança em evitar um deslocamento desnecessário para um atendimento presencial. Os comentários com pontuação baixa (1 e 2) apontam uma insuficiência na quantidade de perguntas do questionário autorresponsivo (pessoas com alteração de olfato e paladar que não foram contempladas nas primeiras versões do algoritmo de classificação) e queixas relacionadas ao desejo de receber teleorientação ou realizar exames apesar de não ter sintomas de alerta ou condições de risco, entre outros pontos menos frequentes associados mais à RAS do que à aplicação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que as ações de telessaúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 em Recife tem possibilitado a ampliação e a garantia de acesso às pessoas que estão em casa no contexto de distanciamento social. Promoveram a segurança na decisão de realizar o isolamento domiciliar sem a necessidade da exposição aos riscos relacionados ao deslocamento para um centro de saúde. Ademais, garantiram o cuidado de modo integral, refletido nas ações de teleacolhimento, teleorientação e telemonitoramento.

Ao passo que o Atende em Casa se firmava como um novo ponto assistencial na RAS, estruturada para o enfrentamento da COVID-19, muitas articulações para integração da rede foram disparadas e demandas mais complexas foram também identificadas.

Assim como outras ações de Estado para contingência da pandemia, o Atende em Casa teve um tempo curto para planejamento e operacionalização. Foram cinco dias entre a concepção e o lançamento, e pouco mais de 100 dias de desenvolvimento e avaliação contínua até a escrita deste texto. Muitas questões emergiram dessa experiência, apresentadas no capítulo e outras que convidam a realização de novos estudos para aprofundamento de suas análises.

REFERÊNCIAS

- BRAINY RESOLUTION. **Atende em Casa**. *Software*. Disponível em: <https://bit.ly/2Df3Y5m>. Acesso em: 17/07/2020.
- BRASIL. **IBGE Cidades**. *Website*, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>>. Acesso em: 16/07/2020.
- BRASIL. Fundação Joaquim Nabuco. Fundaj: COVID-19 avança na periferia da RMR, 2020a. Disponível em: <https://bit.ly/2CJSc32>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde - Versão 9**. [S. l.]: Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Brasil., 2020 b.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR**. [S. l.]: Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: <>http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
- GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. COVID-19: a remote assessment in primary care. **BMJ** , [S. l.], v. 368, p. m1182, 2020.
- HALLAL, P. C. *et al.* **EPICOVID-19 - Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Brasil: estudo de base populacional**. [s. l.], 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/epiCOVID-br>>. Acesso em: 16/07/2020.
- HONG, Z. *et al.* Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Experiences From Western China. **Journal of medical Internet research**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. e19577, 2020.
- LIU, S. *et al.* Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The lancet. Psychiatry**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. e17–e18, 2020.
- LUCENA, P. *et al.* **Indicadores - D.A.D.O. - Dados e Análises para Decisões e Operações**. [s. l.], 2020. Disponível em: <https://dado.recife.br/>. Acesso em: 12/07/2020.
- MAMBALABS. **DyCOVID - Dynamic Contact Tracing**. [S. l.: s. n.]. *E-book*< <https://bit.ly/3o6pMJf> >. Acesso em: 17/07/2020.
- OHANNESSIAN, R.; DUONG, T. A.; ODONE, A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. **JMIR public health and surveillance**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. e18810, 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **FLUXO DE ATENDIMENTO PARA CASOS SUSPEITOS COVID - 19 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO INFORMA**. [S. l.]: SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2020 a. Disponível em: <<https://bit.ly/2D7H7bI>>. Acesso em: 09/07/2020.

_____. **BOLETIM COVID-19: COMUNICAÇÃO SES-PE**. [S. l.]: Secretaria de Saúde, 2020 b. Disponível em: <<https://bit.ly/3g7RPgP>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde.; RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de teleassistência Atende em Casa: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento**, 2020. Disponível em: <<http://telessaude.recife.pe.gov.br>>.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município do Recife - Versão 4**. [S. l.]: Secretaria de Saúde do Recife, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/30QGSdj> Acesso em: 09/07/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. [s. l.], 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 20/07/2020.

XU, H. *et al.* Monitoring and Management of Home-Quarantined Patients With COVID-19 Using a WeChat-Based Telemedicine System: Retrospective Cohort Study. **Journal of medical Internet research**, [S. l.], v. 22, n. 7, p. e19514, 2020.

POPULAÇÃO NEGRA, DESIGUALDADES RACIAIS E A PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DO NORDESTE DO BRASIL

Talita Rodrigues da Silva
Anderson Bezerra da Silva
Emanuelle Góes
Tereza Lyra

1. INTRODUÇÃO

“Ser negro no Brasil é foda! Aquele olhar de cara torta, as piadas são dolorosas, não vou fingir que não incomoda, incomoda! Há quinhentos anos fecham as portas, as chibatadas continuam, só que são silenciosas...” (Cleiton Oliveira)

O trecho da poesia “Ser Negro no Brasil é Foda” de Cleiton Oliveira foi escolhido para abrir nossos caminhos reflexivos sobre as condições de vida de negros e negras no Brasil, pois retrata uma das faces do racismo vivenciado cotidianamente por mais da metade da população brasileira. Os diversos ataques sofridos pelo povo negro remontam ao Brasil Colônia, e se atualizam no cotidiano das relações, onde são, somos, maioria, em situação de cárcere, miserabilidade, em situação de rua, assim como em subempregos, nos índices de violência policial e urbana e na informalidade. Em contrapartida somos sub representados na política, nas universidades, em cargos de chefia e em espaços de poder.

Quando se compreende o racismo como estrutural e estruturante das relações em nossa sociedade, não há nenhuma novidade no contexto das desigualdades vivenciadas pela população negra desse país. Porém o cenário trazido pela pandemia da COVID-19 revela e aprofunda ainda mais o abismo existente entre brancos e negros, ricos e pobres, homens e mulheres, afinal, já sabemos que os eixos estruturais de subalternização/opressão se interseccionam (CRENSHAW, 2004) provocando desigualdades várias.

Silvio Almeida (2019) apresenta três concepções do racismo, a dimensão individual, a institucional e a estrutural. A dimensão individual se manifesta através das relações entre

peças, a institucional está presente nas relações de poder das instituições presentes no Estado e a estrutural se relaciona a forma como a sociedade se organiza política, social, econômica, jurídica e historicamente. Assim, para ele, o racismo estrutural reflete a própria estrutura que legitima e é legitimada pelas instituições que organizam o Estado (ALMEIDA, 2019).

Kabengele Munanga (2012) afirma que ao separar raça e classe numa sociedade capitalista, cometemos um erro metodológico que dificulta sua análise, levando a uma interpretação puramente economicista. Enquanto Luiza Bairros (1995), argumenta que do ponto de vista da reflexão e da ação política, o racismo e o sexismo não podem ser concebidos separadamente, pois no caso das mulheres negras um não existe sem o outro.

Dessa forma, é a partir da compreensão do racismo como produtor de desigualdades que buscamos refletir sobre as condições desiguais de vida, saúde e morte da população negra no Brasil, mais especificamente na região Nordeste; os desafios no acesso às políticas públicas e de proteção social que promovam equidade racial, assim como os impactos da pandemia da COVID-19 na população negra nordestina.

2. NECROPOLÍTICA: AUTORIZAÇÃO PARA MATAR E DEIXAR MORRER NO BRASIL

A constante exclusão vivenciada pela população negra brasileira se expressa entre várias formas através de problemas históricos relacionados à falta de estrutura e planejamento urbano, somados as fragilidades das políticas públicas e a sucessiva falta de compromisso dos gestores na busca por soluções. Comete um grande erro quem acredita que esse processo vem se dando de modo não intencional ou espontâneo, pelo contrário, desenvolve-se como elemento fundamental para a manutenção de poderes e hegemonias.

Esse enredo traz à tona o que o professor Achille Mbembe (2018) vai chamar de Necropolítica ou “Política da Morte”. Não sendo os espaços de decisão e de poder democratizados, mas concentrados nas mãos de poucos que tentam a todo o custo manter seus privilégios frente às desigualdades postas para a maior parte da população, o Estado figura-se como lugar estratégico para isso. Por meio de suas ações e/ou ausências, o Estado dita quem vive e quem morre (MBEMBE, 2018). São pessoas negras que estão na linha de frente de todas as mortes e essas, por sua vez, geram pouca ou nenhuma comoção pública, de modo que tornou-se aceitável, e até natural, ver pessoas negras violentadas e mortas.

Neste sentido, o racismo é uma ferramenta para perpetuação das violências, negligências e para a falta de condições de enfrentar as adversidades. O conceito de necropolítica proposto por Mbembe, fala da estruturação de uma política de Estado que se organiza a partir de um constante exercício de letalidade:

[...] racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “este velho direito soberano de matar”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado.” (MBEMBE, 2018 p. 18).

Não é à toa que em meio ao cenário da pandemia da COVID-19, o grito “Vidas Negras Importam” ecoa pelo mundo em resposta a morte de George Floyd e chega ao Brasil denunciando as mortes de nossas crianças negras, como João Pedro, assassinado pela Polícia Militar do Rio de Janeiro enquanto estava em casa, durante o distanciamento e isolamento social. E ganha força com a tristeza e indignação pela morte de Miguel, uma criança negra de 5 anos, no Recife, vítima da negligência da patroa de sua mãe que a obrigou a trabalhar durante a pandemia, mesmo sem ser o trabalho doméstico considerado como atividade essencial. Mirtes, mulher negra e mãe de Miguel, levou a criança para o trabalho, pois não havia com quem deixá-lo durante a pandemia.

Assim como a família de João Pedro e de Mirtes e Miguel, outras famílias negras que já viviam uma constante condição de crise no que tange ao campo dos direitos, como habitação, segurança, educação, lazer, cultura, saúde e renda, agora passam a ter que enfrentar quase que sozinhas os efeitos de uma pandemia que diferentemente do que foi anunciado em seu início, não atinge da mesma maneira as pessoas. Não existe igualdade no modo como as famílias pretas e pobres, brancas e ricas encaram as consequências postas pela COVID-19.

Dados apresentados pela “Agência Pública” em abril de 2020 sobre as desigualdades nas mortes de negros e brancos no Brasil, mostraram que em apenas duas semanas durante o mês de abril a quantidade de pessoas negras mortas por COVID-19 no Brasil aumentou em cinco vezes. Isso mostra que apesar das fragilidades no preenchimento do quesito raça/cor, da escolha de não disponibilizar essas informações, nem de considerá-la como categoria de análise, ainda são as pessoas negras (pretas e pardas) as que mais morrem de COVID-19 no Brasil. Santos (2020) e colaboradores analisam a pandemia no Brasil a partir das lentes do racismo e destacam que os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre casos confirmados referentes à semana epidemiológica 21 da pandemia COVID-19 totalizava 51,3% (60.382) com estratificação da raça/cor ignorada do total de 117.598 casos confirmados.

Além de lidar com as mortes decorrentes diretamente da pandemia, a população negra e periférica ainda precisa enfrentar uma velha inimiga, a violência policial e urbana. Um levantamento feito pelo jornal O GLOBO em março e abril de 2020, evidenciou que durante o período da pandemia, em diversos estados brasileiros, mesmo com o número de pessoas reduzido nas ruas, houve um significativo aumento de mortes relacionadas a intervenções policiais. Segundo o levantamento, em 2020 somente nestes dois meses, 1.198 pessoas morreram pelas mãos da polícia contra 949 em 2019 (O GLOBO, 2020). Outro ponto que se destaca é o índice de variação do número de mortes oriundas dos autos de

resistência no mesmo período entre 2019 e 2020 em diversas regiões do país. Os estados do Ceará e Pernambuco despontam na liderança da taxa de variação, com aumento de 87,50% e 81,82% dessas mortes em relação ao ano passado (O GLOBO, 2020).

Esse levantamento corrobora com os dados apresentados no Mapa da Violência de 2016 (WAISELFISZ, 2016) que mostrou um aumento na taxa de homicídios de negros no país. Segundo o Mapa, a vitimização negra no país mais que duplicou entre 2003 (71,7%) e 2014 (158,9%), o que significa que morrem 2,6 vezes mais negros que brancos vitimados por arma de fogo (WAISELFISZ, 2016).

Percebemos por meio desses levantamentos e estudos que, de fato, existe uma indústria da morte e encarceramento negro no Brasil, que as elites, mídia e Estado, por meio das forças de repressão, a operam de forma eficiente. A agenda da segurança pública se utiliza da estigmatização do povo negro enquanto bandido e inimigo social, viabilizando um intencional recrudescimento da violência e a justificação de práticas altamente autoritaristas, vigilantistas e punitivistas. É preciso dizer que nos últimos anos a situação do Genocídio Negro Brasileiro (Nascimento, 2016) vem se acirrando em função do discurso e militarização dos espaços de poder. A onda conservadora trouxe consigo um discurso nefasto que ovaciona a violência, a tortura, a misoginia e o fascismo, de modo que os grupos que já viviam uma constante instabilidade no campo dos direitos sociais e humanos, agora também encaram um aprofundamento do uso desproporcional da força, da violência, do arbítrio e da violação de direitos como modo comum de abordagem e investigação policial.

2.1 Racismo, aprofundamento das desigualdades no Brasil e a crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19

A população preta e parda representa 51% de toda a população brasileira, mas essa distribuição não se dá de forma homogênea ou equilibrada em todo território nacional. Segundo dados do Censo 2010 (IBGE) considerando os critérios raça/cor, é possível observar diferenças importantes no que se refere ao contingente de pessoas negras distribuídas nas regiões do país. Enquanto no Norte e Nordeste a população preta e parda é de 69% e 74% respectivamente, na região Sudeste e Sul esse grupo populacional é menor, representando 44% e 21% respectivamente. Dessa forma, compreendemos que a população negra é mais da metade da população brasileira e que a maior concentração de pessoas negras se encontra nas regiões norte e nordeste do Brasil, regiões que não ocasionalmente, apresentam os piores indicadores sociodemográficos e de saúde do país. Segundo dados do Painel Coronavírus atualizados diariamente pelo Ministério da Saúde na Internet, em 20 de julho temos 25.641 óbitos registrados apenas para a região Nordeste com a segunda maior taxa de mortalidade do país, 44,9 óbitos por 100 mil habitantes, ficando apenas atrás da região Norte com taxa de mortalidade de 60,2 óbitos/100mil hab. Esses dados contrastam com as taxas de 11,1 óbitos/100mil hab. na região Sul do país.

Não é difícil relacionar a dimensão do racismo com as desigualdades sociais presentes em nosso país, basta verificar os índices dos censos e pesquisas sociodemográficas, onde a população negra aparece em basicamente todos os tópicos analisados com os piores indicadores. O Informativo “Desigualdades Sociais por Raça ou cor no Brasil” (IBGE, 2019) mostra que em 2018, 68,6% dos cargos gerenciais no Brasil eram ocupados por pessoas brancas, enquanto apenas 29,9% eram ocupados por pessoas negras. Nesse mesmo ano o rendimento mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% maior que o de pessoas negras. Por outro lado, a taxa de subutilização da população negra foi de 29% comparado aos 18% entre os brancos.

No contexto da pandemia da COVID-19, onde uma das principais medidas de prevenção adotadas pelos governos é o distanciamento social, esses dados ajudam a refletir sobre quem tem a real possibilidade de fazer o isolamento domiciliar e trabalhar de forma remota (alternativa de trabalho encontrada por empregadores do setor público e privado para manter seus funcionários produzindo), tendo em vista as condições desiguais de ocupação do mercado de trabalho entre negros e brancos.

As desigualdades abissais de renda e condições de moradia são somadas às desigualdades no acesso à educação, tendo as taxa de analfabetismo, em 2018, sido de 3,9% entre as pessoas brancas e 9,1% entre negros. Essa diferença é ainda mais acentuada no contexto rural, sendo de 11% para pessoas brancas e 20,7% para as pessoas negras (IBGE, 2019). A diferença na taxa de analfabetismo, nos diz que no contexto de uma emergência sanitária, para além dos auxílios econômicos que precisam ser disponibilizados, também precisam ser adotadas medidas de prevenção e de comunicação diferenciadas para as diferentes pessoas. Pois, estas têm níveis de compreensão distintos sobre saúde, medidas de prevenção, estratégias de cuidado, mecanismos de transmissão do vírus e compreensão da própria dinâmica de uma pandemia com essa magnitude.

A disparidade entre a realidade de negros/as e brancos/as, mesmo em situações nas quais o poder aquisitivo é semelhante, mostra que os últimos 30 anos, onde houve significativas conquistas no campo das políticas públicas, não foram suficientes para apagar os mais de 300 anos de escravização experienciados pela população negra no Brasil. Elementos que são agravados ainda mais numa situação de crise institucional, política, econômica e sanitária.

3. RACISMO E SAÚDE NO BRASIL ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A Saúde como direito é uma conquista do povo e sua garantia nasce junto com o SUS. A Constituição Federal de 1988 garante que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Porém, a população negra não acessa o sistema da mesma forma que a população branca, assim como a indígena, a quilombola, a população LGBTI, etc. As diferentes regiões do país também não tem o mesmo acesso a recursos financeiros, investimentos em tecnologia, acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação com a mesma qualidade. Esses problemas estruturais visibilizam as contradições inerentes a um sistema que se constrói de forma contra-hegemônica, como o SUS, e que está em constante disputa, de um lado os interesses do povo e de outro os do capital que lucra com o mercado da saúde.

Saúde é política, disputa, luta e conquista. Enquanto militantes da saúde, profissionais do SUS, pesquisadores e pesquisadoras vivemos disputando a narrativa de que a saúde não é mercadoria, gritamos que a saúde do povo não pode estar nas mãos das grandes corporações, nem sob os interesses do capital. A saúde é, e precisa ser, dever do Estado, descentralizada, integral e com participação social. Enquanto militantes negros e negras, lutamos por saúde e condições de vida dignas para o povo preto. Lutamos em defesa do SUS, mas também lutamos para construir um SUS antirracista e para descolonizar as práticas e saberes médico centrados. Lutamos contra o racismo institucional, por soberania alimentar, educação popular e pela valorização das práticas e conhecimentos ancestrais. Saúde para nós é construção coletiva e exercício do bem-viver.

A pandemia da COVID-19 mais uma vez denuncia que se o racismo, as desigualdades de gênero e de classe não forem enfrentadas por sociedades como a brasileira, estaremos fadados ao fracasso coletivo. Há décadas discutimos os efeitos danosos dos determinantes sociais para a saúde das populações e não surpreendentemente são eles que tem agravado a situação da pandemia nas periferias de grandes cidades por todo o país.

Quando falamos de desigualdades sociais em saúde, estamos falando de diferenças injustas que se originam a partir da organização da sociedade, que distribui condições desiguais de existência para as diferentes populações, incluindo as desiguais possibilidades de ser e se manter sadio (BARATA, 2009). As desigualdades produzidas por injustiças sociais trazem sérios comprometimentos à saúde e bem estar da população negra, limitando o acesso a políticas públicas e o pleno exercício de sua cidadania. O racismo como determinante social da saúde, expõe pessoas negras a situações mais vulneráveis de adoecimento e morte (GOES, 2020).

Vemos no mundo todo que a adoção de cuidados de higiene individual e coletiva é o carro chefe nas estratégias para o enfrentamento da COVID-19, algo que parece fácil de implementar, mas, que se torna utópico diante das realidades tão assimétricas vividas no cenário brasileiro. Analisando dados do IBGE (2019) encontramos que em 2018, a proporção da população preta e parda residindo em domicílios sem coleta de lixo foi maior do que a da população branca (12,5% dos negros e apenas 6,0% dos brancos). Com relação à taxa de abastecimento de água por rede geral vimos que 17,9% dos negros não têm acesso, contra 11,5% da população branca. Quando olhamos os dados das pessoas vivendo sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial temos 42,8% para negros vivendo

sem esgotamento, contra 26,5% da população branca. Esses elementos estruturais que já aumentavam a vulnerabilidade e exposição à vetores de doenças ambientais, como zika, dengue e chikungunya, também aumentaram a vulnerabilidade dessas famílias à COVID-19. A situação das famílias negras diante da COVID é agravada pela impossibilidade de higienização das mãos, de utensílios, alimentos, objetos e, muitas vezes, impossibilidade de permanência dentro do espaço doméstico para cumprir isolamento social, devido ao alto grau de insalubridade dos imóveis e comunidades.

3.1 Assistência social como política essencial para enfrentamento ao racismo e ao contexto de calamidade pública provocado pela pandemia da COVID-19 no Brasil

Em função do contexto da crise sanitária se instalou no Brasil o estado de calamidade pública, ocorrido quando uma situação gera prejuízo à saúde e ao funcionamento dos serviços públicos. Neste cenário, o governo se vale de dispositivos legais que visam ampliar recursos para o solucionamento da questão, mesmo que para isso descumpra as metas fiscais estabelecidas. No caso da pandemia da COVID-19, muitos recursos foram mobilizados para o combate ao novo coronavírus e à recuperação da economia. Porém, o que tem sido visto no cenário nacional é a priorização da economia em detrimento das políticas sociais e de saúde.

A dificuldade de acesso às políticas de assistência social denunciam o racismo institucional do Estado que trabalha na lógica dos mínimos sociais que garantem o básico a sobrevivência e muitas vezes nem isso. Almeida (2019, p. 161) nos ensina que “o racismo se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica”. E que no contexto do racismo institucional o domínio se dá a partir do estabelecimento de parâmetros discriminatórios pelos grupos racialmente hegemônicos de forma a se auto-favorecerem e se perpetuarem no poder (ALMEIDA, 2019). Essa dimensão do racismo institucional tem ficado muito evidente no cenário atual, a partir das escolhas políticas que têm sido tomadas, principalmente relativas às diversas omissões do governo federal frente à gravidade e urgência da pandemia que impacta sobretudo na população negra, periférica e mais pobre.

Por se tratar de uma crise sanitária, era de se esperar que a saúde, por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), tivesse destaque, mas quando pensamos em calamidade pública, não podemos deixar de pensar na Assistência Social e no SUAS (Sistema Único da Assistência Social) que em suas atribuições atua para o enfrentamento às violações de direito de pessoas e grupos mais vulneráveis. Essas duas políticas trazem, para além da semelhança no nome, a essencialidade, porque ambas, juntamente com a previdência, fazem parte do que chamamos de tripé ou pilares da seguridade social. Essa por sua vez, integra um conjunto de ações de iniciativa do poder público e da sociedade, no sentido de assegurar direitos no âmbito da saúde, assistência e previdência social.

Embora seja fundamental no bojo das proteções sociais, a assistência social tem sido relegada à invisibilidade e sucateamento. A mesma lógica de problemas que historicamente

vem fragilizando o SUS, também enfraquecem o SUAS que tem suas funções corroídas pela falta de recursos e atenção dos governos. Porém, as mesmas iniciativas de comoção social que tem levantado a bandeira de um SUS público, gratuito e de qualidade não vem se estendendo ao SUAS.

É em cenários como esse que a assistência social ganha relevo. Sendo ela a grande articuladora de serviços e benefícios essenciais para o socorro de grupos vulneráveis, pois foi a partir dessa política e de seus acúmulos no âmbito da garantia de direitos que se tornou possível implementar iniciativas fundamentais como a de repasse de renda, o que requer estrutura e logística complexa no atendimento de milhões de brasileiros e que não se instala da noite para o dia. Os Auxílios Emergenciais, assim como outros benefícios e serviços socioassistenciais, a exemplo do BPC (Benefício de Prestação Continuada) e o Bolsa Família, são o que tem, ainda que com sérios problemas, viabilizado as condições para que pessoas e famílias em situação de risco social continuem, em um contexto de crise, minimamente acessando alimentação, educação e saúde.

O esquecimento e desmantelamento da assistência social corrobora com a perspectiva do racismo institucional, uma vez que essa política tem seu público majoritariamente composto por pessoas negras. Dados do IBGE (2019) mostram que em 2018, 32,9% das pessoas negras viviam com menos de US\$ 5,50/dia e 8,8% viviam com menos de US\$1,90/dia, entre as pessoas brancas esse percentual diminuiu para 15,4% vivendo com menos de US\$5,50/dia e 3,6% vivendo com menos de US\$1,90/dia, mostrando que a pobreza no Brasil tem cor, e ela é negra. O Data Social (2015) mostrou que as mulheres negras são as principais beneficiadas das políticas de assistência social. No Bolsa família, por exemplo, negros e negras representam 73,88% dos usuários, no total geral 68% são mulheres negras, sem contar nos demais serviços e ofertas disponíveis (DATA SOCIAL, 2015). Silva (2003) aponta que as discriminações de raça e gênero produzem efeitos imbricados e diversos, que levam as mulheres negras a terem experiências distintas com relação a vivência da pobreza e suas estratégias de superação, o que faz com que estas, sejam sempre identificadas como as ocupantes permanentes da base da hierarquia social.

É estratégico no âmbito da necropolítica praticada no Brasil, mitigar a potência de políticas que tentam garantir seguridade e bem estar. Deixar morrer desprende menos energia que matar. Esse ciclo constante de violação e violência se faz necessário para que essa população esteja mais empenhada em sobreviver do que se rebelar contra o sistema de opressões estabelecido. Assim como não existe maneira de pensarmos saúde sem condições dignas de vida, não podemos conceber enfrentar essa conjuntura sem defender o SUS e o SUAS juntos na perspectiva do atendimento universal, integral e gratuito de brasileiros e brasileiras.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A impossibilidade de vivenciar o direito à saúde enquanto direito democraticamente conquistado e como exercício diário de cidadania dificulta o engajamento coletivo para pressionar gestores e governos a darem respostas assertivas e resolutivas frente ao cenário da pandemia. De forma mais ampla, a ausência da experiência da saúde enquanto direito, impede que os indivíduos e comunidades cobrem da gestão pública respostas conectadas às reais necessidades de saúde da população. Refletindo também na aceitação da desresponsabilização dos governos diante de um cenário de emergência sanitária e calamidade pública.

Dessa forma, assistimos a crescente desresponsabilização do Estado brasileiro frente à preservação das vidas negras, a agudização da perspectiva dos mínimos sociais e a intensificação da necropolítica anunciada desde a campanha eleitoral do atual presidente, que teve suas estratégias atualizadas e fortalecidas diante do cenário da pandemia da COVID-19. A falta de gestão do Governo Federal diante do estado de calamidade pública no qual o país se encontra, já nos custou a morte de mais de 80 mil pessoas por conta do novo Coronavírus, até 20 de julho de 2020, quatro meses após a identificação dos primeiros casos da doença no Brasil. Nesta data também completamos 66 dias sem ministro da saúde, ou seja, sem gestão federal da pandemia.

Como dito anteriormente, esse momento é marcado pela necessidade urgente de defender o SUS e o SUAS, de defender a vida e a saúde do povo negro, de construir estratégias políticas coletivas em favor das comunidades negras e periféricas, assim como fortalecer a Atenção Primária à Saúde, a prática de cuidado interprofissional e intersetorial, assim como lutar pela valorização de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, da educação e da assistência social.

No cenário de crise sanitária, temos a oportunidade de mostrar à população quais os impactos negativos gerados pelas políticas de austeridade fiscal, pelo desmonte e desfinanciamento do SUS e do SUAS e também o Genocídio provocado pela Emenda Constitucional 95. Emenda que estabelece o teto de gastos públicos com as Políticas Sociais entre elas saúde, educação e assistência social que tiveram seus orçamentos congelados por 20 anos. O congelamento provoca o desfinanciamento sistemático das políticas sociais gerando graves consequências para população em especial negros e negras, quilombolas, indígenas e LGBTI.

Fazer enfrentamento ao racismo no Brasil é lutar por políticas públicas de qualidade e por proteção social para as populações negras e periféricas. É lutar pelo direito de viver. Como dizemos nos espaços de discussão do movimento negro: “se o SUS for bom para população negra, o SUS com certeza será bom para toda a sociedade brasileira”. Essa mesma premissa se aplica às demais políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PÚBLICA. Em duas semanas número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil. Disponível em: <<https://bit.ly/32YNPLV>> Acesso em: 20/07/2020.

ALMEIDA, Silvio L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BAIROS, L. Nossos Feminismos Revisitados. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 458, 1995.

BARATA, Rita B. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?. In: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para organização, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055-9.

CRENSHAW, K. W. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004.

DATA SOCIAL. Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família segundo cor ou raça. 2015.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**, Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1933.

GOES, Emanuelle F.; RAMOS, Dandara O.; FERREIRA, Andrea J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278.

IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>> . Acesso em: 18 mar. 2020.

IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. In: Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MUNANGA, Kabengele. **Negritude: Usos e sentidos**. 3. ed. 1. reimp. - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 3.ed. São Paulo: Editora Perspectivas, 2016.

O GLOBO. **Mortes pela polícia crescem 26% no país durante pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://glo.bo/3fcuAkM>> Acesso em: 26 jul 2020.

OLIVEIRA, Cleiton. Ser negro no Brasil é foda! Disponível em: <<https://bit.ly/3a4vPS9>> Acesso em: 15/07/2020.

SANTOS, Marcia P. A.; NERY, Joilda S.; GOES, Emanuelle F.; SILVA, Alexandre; SANTOS, Andreia B. S.; BATISTA, Luís E.; ARAÚJO, Edna M. População negra e COVID-19: Reflexões sobre racismo e saúde. **ESTUDOS AVANÇADOS** 34 (99), 2020. DOI:10.1590/s0103-4014.2020.3499.014

SILVA, Tatiana D. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda. In: **Dossiê Mulheres Negras Retratos das condições de vida de mulheres negras no Brasil**. Brasília, IPEA, 2013.

WASELFISZ, Julio, J. **Mapa da Violência, homicídios por armas de fogo no Brasil, 2016**. Julio Jacobo Waiselfisz. - Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR). Flacso Brasil, 2016.



PARTE 2
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
E COVID-19

EPIDEMIOLOGIA EM TEMPOS DE COVID-19: UMA CIÊNCIA UNIFICADORA

Carlos Dornels Freire de Souza

1. INTRODUÇÃO

No apagar das luzes de 2019, a China reportou à Organização Mundial de Saúde (OMS) um surto de uma doença respiratória na metrópole de Wuhan, capital da província de Hubei (ZHU et al., 2020). Batizada de *Coronavirus disease – 2019* (COVID-19), a doença é causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, oficialmente identificado por autoridades sanitárias logo no início de janeiro (WHO, 2020a; WHO 2020b).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Abrangência Internacional (WHO, 2020a). Nessa data, além da China, 19 países já possuíam registros da doença. Mesmo com os esforços empreendidos, a COVID-19 continuou em ampla expansão, alcançando novos territórios e deixando um desolador rastro de mortes.

Em 11 de março, a OMS declarou estado de pandemia em decorrência da doença (WHO, 2020c). Dois dias depois, em 13 de março de 2020, a Europa tornou-se o epicentro da pandemia. Em poucos dias, o número de vítimas fatais da Itália já superava o número registrado na China (JOHNS HOPSKING UNIVERSITY, 2020). Não muitos dias depois, o número de infectados explode nos Estados Unidos, sobretudo na cidade de Nova Iorque (WHO, 2020d). Rapidamente alcançou os países latino-americanos, como México e Brasil (WHO, 2020d).

Em 17 de julho de 2020, data de escrita deste texto, 13,8 milhões de indivíduos já foram infectados em todo o mundo, com 590 mil mortes. Estados Unidos (3,5 milhões de casos), Brasil (2,0 milhões) e Índia (1,0 milhão) ocupam as primeiras posições em número de casos. Em mortes, EUA (138 mil), Brasil (76 mil) e Reino Unido (45 mil) ocupam as primeiras posições (JOHNS HOPSKING UNIVERSITY, 2020).

Desde o início do surto em Wuhan, a epidemiologia tem se deparado com inúmeras questões a serem respondidas em um curto intervalo de tempo. Tais questões envolvem aspectos biológicos [*Qual a origem do vírus? Quais suas características no que se refere à infectividade, patogenicidade, virulência, letalidade e imogenicidade? Quais*

seus mecanismos de transmissão e potencial de disseminação global? Quais os sinais/sintomas clínicos mais prevalentes?], passando pelas ciências quantitativas [Como se dá a curva de disseminação da doença? Como prever qual o país se tornará o novo epicentro da pandemia? Qual a magnitude global e local da transmissão? Como se comportam a incidência e a mortalidade nos diferentes países?] e alcança as ciências humanas e sociais [Qual impacto da COVID-19 nas periferias das grandes cidades? Como a doença comprometerá o desenvolvimento social das nações? Que medidas podem ser adotadas para mitigar os efeitos sociais danosos da pandemia? Como o sistema de saúde poderá dar conta da situação? Qual o papel da globalização na disseminação do vírus e seu impacto na contenção da epidemia?].

É evidente que essas são apenas algumas das muitas questões que os cientistas de todo o mundo e das diferentes áreas do conhecimento estão se debruçando neste momento e que levará alguns anos para compreender, com a clareza devida, o impacto da pandemia que estamos enfrentando nesta segunda década do novo século.

Mas então, é possível ver uma luz no fim do túnel? Se existe (*e devemos acreditar que exista*), ela está na epidemiologia. Desde tempos remotos, a epidemiologia tem produzido saberes capazes de mudar o curso da história da humanidade (FRE'ROT et al., 2018). No entanto, foi diante da epidemia de cólera de 1854 na Londres Vitoriana que John Snow desafiou os alicerces científicos até então utilizados para explicar o processo saúde-doença, cuja base era a teoria miasmática, e gerou uma ruptura no modo como as doenças eram compreendidas (FINE et al., 2020). Após utilizar o método científico para desvendar a relação causal entre o consumo de água contaminada e a cólera, a ciência ganhou um novo fôlego e a epidemiologia moderna, um *pai*. Desde então, os métodos utilizados têm sido instrumento fundamental para a compreensão da dinâmica de adoecimento da população.

Na década de 1980, a epidemiologia permitiu compreender a epidemia do HIV (ROSEMBERG, 1992). Na segunda década do século XXI, foi fundamental para o entendimento da relação entre a epidemia de Zika vírus e a ocorrência de microcefalia no Brasil (ALBUQUERQUE, 2018). E tantos outros feitos. Agora, a epidemiologia se depara com mais um objeto a ser compreendido: a assoladora pandemia de COVID-19.

2. COMO A EPIDEMIOLOGIA PODE CONTRIBUIR PARA O CONTROLE DA PANDEMIA?

Há sólidas razões para acreditar (e confiar) que a epidemiologia pode contribuir para o controle da pandemia. O próprio conceito já atribui uma missão a esta disciplina científica: a epidemiologia é o estudo do processo saúde-doença numa população e seus determinantes/condicionantes, com a finalidade de fornecer conhecimento capaz de mudar a realidade socio sanitária (FRE'ROT et al., 2018). Nesse sentido, o conhecimento epidemiológico tem no seu alicerce uma finalidade prática: *contribuir para a resolução de problemas das*

populações. Todo o conhecimento produzido pelos epidemiologistas deve ser direcionado para um bem comum: *a saúde no seu sentido mais ontológico*.

O problema hoje é a pandemia da COVID-19. Diante dela, os epidemiologistas devem lançar mão do arcabouço metodológico disponível (*que não é pequeno*) para compreender a dinâmica da pandemia. Com os avanços, a epidemiologia desenvolveu ramos de estudo em diferentes frentes: epidemiologia clássica, molecular, clínica e social, cada uma delas com ferramentas específicas para a compreensão do objeto de estudo:

- a) *A epidemiologia clássica* ofertará conhecimento sobre a magnitude da pandemia, o perfil prevalente dos doentes, o risco de adoecimento, a intensidade com que a doença se propaga, etc;
- b) *a epidemiologia molecular* informará sobre o modo como o vírus penetra na célula, quais marcadores moleculares aumentam a virulência do agente, quais os mecanismos utilizados pelo organismo hospedeiro para defender-se do agente, etc;
- c) *a epidemiologia clínica* trará informações sobre o melhor tratamento em cada perfil de doente, quais condutas clínicas são mais recomendadas para os pacientes em ventilação mecânica quando comparados àqueles com a doença mais branda; e
- d) *a epidemiologia social* mostrará o impacto da pandemia para as famílias, como o desenvolvimento social pode ser prejudicado ou como a pandemia pode ampliar a pobreza no mundo. É evidente que as considerações feitas até aqui são apenas ilustrativas, havendo tantas outras.

Para além dessa especialização/setorização da ciência epidemiológica, destaca-se a capacidade da epidemiologia em criar laços entre as ciências. O estudo feito em categorias necessita ser articulado para a correta compreensão do *todo*, tendo em vista que o *todo* não é a mera justaposição das partes, mas produto da interação entre elas. É essa característica que faz da epidemiologia uma ciência tão relevante. No entanto, esse processo pressupõe um amplo processo de ressignificar a epidemiologia, sobretudo nos cursos de graduação (SOUZA et al., 2020).

Na pandemia vivida hoje, todos os saberes produzidos nas diferentes áreas devem ser intercambiados, pois ampliam o potencial de compreensão da pandemia e fornecem as melhores evidências para a tomada de decisão em saúde. As ciências sociais, a matemática/estatística e a biologia/microbiologia são os três grandes pilares que sustentam o caráter singular da epidemiologia. Por essa razão, todo conhecimento epidemiológico é sempre um produto coletivo e para uma finalidade também coletiva.

2.1 Qual a nobre função da epidemiologia diante da pandemia?

Produzir conhecimento acerca do fenômeno. Quanto mais conhecimento for produzido, menos difícil será o controle da pandemia, menos mortes ocorrerão e menor

também será o impacto social global da crise econômica que se instalará no pós-pandemia. É necessário ressaltar que o conhecido produzido deve ser utilizado para a melhor tomada de decisão, razão pela qual deve atentar-se ao rigor metodológico. Os diferentes desenhos de estudo possuem arcabouços metodológicos específicos. As revistas científicas devem adotar mecanismos rigorosos para evitar fraudes e a publicação de pesquisas sem o devido crivo ético e científico.

Um conhecimento produzido por mecanismos duvidosos, sem a devida clareza metodológica, pode por em risco, neste momento, milhões de pessoas. Em 17 de julho de 2020, ao utilizar o termo “SARS-CoV-2” no PubMed foram observadas 13.765 publicações. Já o termo “COVID-19” resgatou 23.725 produções científicas. O volume é intenso e necessário, mas requer um rigoroso monitoramento, a fim de evitar danos sociais.

Um dos exemplos mais emblemáticos diz respeito aos estudos sobre o uso da Cloroquina e Hidroxicloroquina no tratamento de pacientes com COVID-19 (GAURET et al., 2020). A revista *The Lancet*, publicou em 22 de maio de 2020 um estudo realizado com dados de 96 mil indivíduos, cujos achados mostravam uma maior ocorrência de arritmias e mortes nos indivíduos com COVID-19 tratados com essas drogas. Até então, era o maior estudo sobre o tema já realizado, o que teve impacto imediato na OMS, com a interrupção do estudo *Solidarity* (Solidariedade), cujo objetivo era avaliar a eficácia de medicamentos contra a COVID-19.

Logo após sua divulgação, a pesquisa foi alvo de sucessivos questionamentos por parte de pesquisadores externos quanto à validade dos dados utilizados e a veracidade dos resultados. A revista então solicitou que o estudo fosse submetido a uma auditoria externa independente, o que foi negado por um dos autores. Em razão desses problemas, o estudo foi retratado (*despublicado*) e uma carta de desculpas foi publicada em 13 de junho.

Até o presente momento, as investigações epidemiológicas mostraram que a contenção da pandemia deve estar alicerçada em medidas destinadas aos profissionais, aos indivíduos sintomáticos, aos comunicantes e à população geral. Em conjunto, essas medidas podem:

1. Reduzir a intensidade com que o vírus está se propagando no mundo;
2. Garantir que os sistemas de saúde tenham capacidade de atender aos indivíduos doentes, o que envolve recursos humanos, materiais e a própria capacidade instalada;
3. Reduzir a mortalidade em decorrência da doença;
4. Reduzir a transmissão comunitária, achatando a curva de disseminação da COVID-19 ao longo das semanas;
5. Oferecer tempo para que cientistas e profissionais de saúde possam desenvolver e/ou testar novos protocolos terapêuticos (WILDER-SMITH, 2020; LEUNG et al., 2020; COWLING et al., 2020).

Essas medidas foram fundamentais para a China superar a epidemia e zerar a transmissão local em seu território (AZMAN; LUQUERO, 2020). A Itália negligenciou essas

medidas e acumulou, em 01 de abril de 2020, mais de 110 mil casos confirmados e mais de 13 mil mortes (REMUZZI; REMUZZI, 2020). O sistema de saúde italiano, por exemplo, não comportou a demanda de doentes, o que elevou rapidamente a letalidade. Escolher quem irá receber ventilação mecânica e quem iria morrer tornou-se uma realidade nos hospitais daquele país. A escassez de recursos materiais e equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde tem levado ao agravamento da crise e notícias sobre a morte de médicos e enfermeiros tornou-se uma rotina na mídia internacional.

2.2 O bom uso do conhecimento epidemiológico

É fundamental que o conhecimento produzido alcance a população, afinal, é ela a destinatária final da epidemiologia. No entanto, é necessário que o conhecimento seja repassado com a clareza devida e sem deturpações, a fim de evitar situações de caos ainda maiores.

Em março, um estudo francês apontou resultados promissores com o uso de hidroxiquina no tratamento de pacientes com COVID-19 (GAURET et al., 2020). No Brasil, a divulgação em redes sociais por parte do presidente da república Jair Bolsonaro levou a compra em massa do medicamento, deixando a população [*que de fato necessita para o tratamento continuado de outras doenças*] desabastecida. Foi necessária uma intervenção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para impedir danos maiores.

Poucos dias depois, o estudo foi amplamente criticado, pela existência de falhas metodológicas importantes. A discussão sobre a medicação rendeu outros estudos, retratações públicas e, depois de tantas idas e vindas, seu uso não foi recomendado. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), lançou nota em 17 de julho de 2020, na qual recomenda que a “*Hidroxiquina seja abandonada no tratamento de qualquer fase da COVID-19*” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2020).

Além disso, as notícias falsas e as teorias conspiratórias devem ser amplamente combatidas. Afirmções falsas que defendem que o vírus foi criado em laboratórios chineses ou que a COVID-19 é apenas uma “*gripezinha*” são apenas algumas das situações enfrentadas em muitos países, sobretudo naqueles que ainda *dormem* diante da gravidade da pandemia ou que caminham no sentido contrário às evidências científicas, como é o caso do Brasil. A própria OMS tem defendido a educação da sociedade sobre a seriedade da COVID-19 e o papel de cada cidadão na prevenção de sua propagação (WHO, 2020).

3. NOTAS FINAIS

Este texto não tem a intenção de responder questões, mas de fazer novas provocações e estimular debates futuros. Por essa razão, ficam algumas questões:

É certo que nem o mundo, nem a ciência e nem as pessoas serão os mesmos após a COVID-19, mas o que nos tornaremos?

A ciência e os cientistas alcançarão o valor que merecem ou serão novamente esquecidos pelos governos?

A epidemiologia reafirmará seu papel social ou será novamente colocada em segundo plano nos sistemas de saúde, como acontece em muitos países? Haverá uma nova epidemiologia?

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; SOUZA, W.V.; ARAÚJO, T.V.B. et al. Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, e00069018, 2018.

AZMAN, A.S.; LUQUERO, F.J. From China: hope and lessons for COVID-19 control. *Lancet Infectious Disease*, v. 20, S1473-3099, 2020.

COWLING, B.J.; ALI, S.T.; NG, T.W.Y. et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Epidemiology*. *Lancet Public Health*, v. 5, n.5, e279-e288. 2020.

FINE, P.E.M.; GOLDACRE, B.M.; HAINES, A. Epidemiology—a science for the people. **The Lancet**, v. 381, n9874, p. 1249-1252, 2013.

FRE'ROT, M.; LEFEBVRE, A.; AHO, S.; et al. What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. **PLoS ONE**, v. 1, n. 12, e0208442. 2018.

GAUTRE, T.P.; LAGIER, J.C.; PAROLA, P. et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents*, v. 20, e105949, 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19**. Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University CSSE. Disponível em: < <https://bit.ly/39wO3vb> >. Acesso em 17/07/2020.

LEUNG, N.H.L.; CHU, D.K.W.; SHIU, E.Y.C. et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. **Nature Medicine**, v. 26, p. 676-680, 2020.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, v. 6736, n. 20, p. 30627-9, 2020.

ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press. p.305-317. 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). **Informe nº 16 da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre:** Atualização sobre Hidroxicloroquina no tratamento precoce da COVID-19. Disponível em: <<https://www.infectologia.org.br/pg/1567/index.php>>. Acesso em 19/07/2020.

SOUZA, C.D.F.; MACHADO, M.F.; CORREIA, D.S.; FERREIRA-FILHO, O.F. COVID-19 e a necessidade de ressignificação do ensino de epidemiologia nas escolas médicas: O que nos ensinam as Diretrizes Curriculares Nacionais? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n.3, e092.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Situation Report – 11. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/39yiYaf>>. Acesso em 30/04/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Situation Report – 51. 2020 Disponível em: <<https://bit.ly/2DbAVzo>>. Acesso em: 30/04/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Situation Report – 78. 2020. Disponível em: Disponível em:< <https://bit.ly/3jN5e04>>. Acesso em: 30/04/2020.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **The New England Journal Medicine**, v.382, p. 727-33, 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D.O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2 taaa020, 2020.

EPIDEMIOLOGIA DA COVID-19 NO NORDESTE DO BRASIL

Carlos Dornels Freire de Souza

Rodrigo Feliciano do Carmo

Divanise Suruagy Correia

Tânia Rita Moreno de Oliveira Fernandes

Adeilton Gonçalves da Silva Junior

Renato de Souza Mariano

Bruno Eduardo Bastos Rolim Nunes

Thiago Cavalcanti Leal, Lucas Gomes Santos

João Paulo da Silva Paiva

Leonardo Feitosa da Silva

Michael Ferreira Machado

Túlio Romério Lopes Quirino

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19 (*Corona Virus Disease - 2019*), doença causada pelo SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), teve seus primeiros casos registros na cidade chinesa de Wuhan, capital da província de Hubei, na República Popular da China, em dezembro de 2019 (ZHU et al., 2020). De lá, rapidamente espalhou-se para todos os continentes. Em 11 de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Tratava-se de um homem de 61 anos com histórico de viagem para a Itália e que deu entrada no Hospital Albert Einstein um dia antes. A esse caso, deu-se a denominação de *paciente zero*. No entanto, há evidências científicas que sustentam que o vírus começou a circular no país cerca de um mês antes dessa primeira confirmação, entre o final de janeiro e o início de fevereiro, logo após a entrada do vírus nos países europeus e, praticamente, ao mesmo tempo em que chegou aos Estados Unidos (DELATORRE et al., 2020; GONZALEZ-REICHE et al., 2020) (Figura 1).

Figura 1- Disseminação oculta da COVID-19 no mundo.



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Arte- Jefferson Mendes).

Entre 18 de janeiro e 07 de fevereiro de 2020, por exemplo, 107 possíveis casos foram reportados à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde do Brasil, dentre os quais, 34 atendiam aos critérios de casos suspeitos. Esse monitoramento anterior à primeira confirmação pode reforçar a hipótese de transmissão oculta do vírus no país já no mês de janeiro. Por outro lado, também é capaz de indicar o empenho do corpo técnico do Ministério da Saúde em monitorar a chegada da doença no país.

A lógica de dispersão espacial da COVID-19 no Brasil apresenta um padrão semelhante ao observado em outros países. O vírus alcança primeiro os grandes centros urbanos e, a partir da teia de relações socioespaciais, do padrão de deslocamento populacional e das relações econômicas, desloca-se para os municípios menores e do interior do país (SOUZA et al, 2020). Pouco mais de um mês da primeira confirmação laboratorial, todos os municípios com mais de 500 mil habitantes já apresentavam circulação do vírus (Tabela 1).

Por outro lado, em 15 de julho, cerca de 8% dos municípios com até 10 mil habitantes ainda não possuíam registros da doença (Tabela 1). Nessas localidades, é provável que as consequências da pandemia sejam mais severas, tendo em vista o contexto de vulnerabilidade social experimentado pelas populações e a limitada disponibilidade de recursos de saúde (SOUZA et al., 2020).

Tabela 1- Marcos temporais de expansão da COVID-19 no Brasil, segundo porte populacional.

Porte populacional do Município	Data em que 100% dos municípios foram atingidos
Até 10 mil habitantes	Em 15 de julho- 91,88%
10 a 20 mil habitantes	Em 15 de julho- 98,96%
20 a 50 mil habitantes	06 de julho de 2020
50 a 100 mil habitantes	18 de junho de 2020
100 a 500 mil habitantes	02 de maio de 2020
> 500 mil habitantes	28 de março de 2020

Fonte: Brasil, 2020.

1.1 Os números da COVID-19 no Brasil

Desde a primeira confirmação até o dia 16 de julho de 2020, o Brasil acumulou 2.012.151 casos de COVID-19 e 76.688 mortes em decorrência da doença, ocupando o segundo lugar no mundo, somente atrás dos Estados Unidos. A taxa de incidência acumulada é de 959,5/100 mil e a taxa de mortalidade de 36,5/100 mil (BRASIL, 2020a).

As regiões Sudeste e Nordeste somam os maiores números de casos e óbitos pela doença do país (67,7% e 77,6%, respectivamente). Por outro lado, a taxa de mortalidade é maior no Norte (60,5% superior à taxa nacional) (Tabela 2). A heterogeneidade espacial na magnitude da pandemia entre as regiões brasileiras é reflexo das diferenças sociais econômicas, culturais, históricas e políticas, conforme apontado anteriormente.

A região Norte do país é a que experimenta a mais grave vulnerabilidade social: i. 22,6% da população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) não tem acesso a leitos de UTI; ii. apenas 9,8% das regiões de saúde do Norte atendem o requisito mínimo de 10 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes; iii. Pará e Amazonas possuem as menores coberturas da Estratégia Saúde da Família da região (50,5% e 60,5%, respectivamente); iv. baixa disponibilidade de médicos (1 para cada 1000 habitantes, sendo menor ainda nos municípios do interior); v. 46% das regiões de saúde da Amazônia legal apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito baixo; dentre outras condições que podem ampliar o contágio e o risco de morte (RACHE et al., 2020; GARNELO et al., 2018; SCHEFFER et al., 2018).

Tabela 2- Indicadores de COVID-19 no Brasil e regiões em 16 de julho de 2020.

Região	População	Casos Acumulados	Incidência/ 100 mil	Óbitos Acumulados	Óbitos Acumulados/ 100 mil
Brasil	209.697.026	2.012.151	959,5	76.688	36,5
Sudeste	88.349.251	689.209	780,1	34.857	39,4
Nordeste	56.973.575	673.493	1.182,1	24.645	43,2
Centro-Oeste	16.229.468	164.263	1.012,1	3.421	21,1
Sul	29.737.041	144.530	486,0	2.975	10,0
Norte	18.407.691	340.656	1.850,6	10.790	58,6

Fonte: Brasil. 2020.

2. A CHEGADA DO NOVO CORONAVÍRUS NO NORDESTE DO BRASIL

Nove dias depois dessa primeira confirmação brasileira, em 06 de março de 2020, o primeiro caso do Nordeste foi confirmado no estado da Bahia. Uma mulher de 34 anos, residente em Feira de Santana, acerca de 100 km de distância da capital Salvador, que em 25 de fevereiro retornou-se de uma viagem à Itália.

Em 08 de março, Alagoas confirmou seu primeiro caso da doença. Um homem de 42 anos com passagem recente também pelo país italiano. Em 03 de março, o referido paciente procurou atendimento médico com queixas respiratórias, dando início ao processo de notificação e investigação epidemiológica pelas autoridades sanitárias do estado.

Quatro dias depois, 12 de março, foi a vez dos estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Em Pernambuco, dois idosos (66 e 71 anos) que haviam retornado da Itália em 29 de fevereiro e procuraram atendimento médico em 05 de março. Já no Rio Grande do Norte, o primeiro paciente foi uma mulher de 24 anos, também com histórico de passagem pela França, Itália e Áustria.

Em 14 de março, o estado de Sergipe confirmou a doença em uma mulher de 36 anos, residente em Aracaju, com passagem pela Espanha. No dia seguinte, 15 de março, foi a vez do Ceará confirmar seus três primeiros casos, dois homens e uma mulher.

Em 18 de março, a Paraíba confirmou seu primeiro paciente: um homem de 60 anos, que retornou da Europa em 29 de fevereiro e procurou atendimento médico em 02 de março. No dia seguinte, 19 de março, o Piauí registrou o primeiro caso de COVID-19.

O estado do Maranhão foi o último da região a confirmar a circulação do vírus em seu território. Nesse caso, o homem idoso não tinha histórico de viagem internacional, mas havia retornado recentemente de São Paulo.

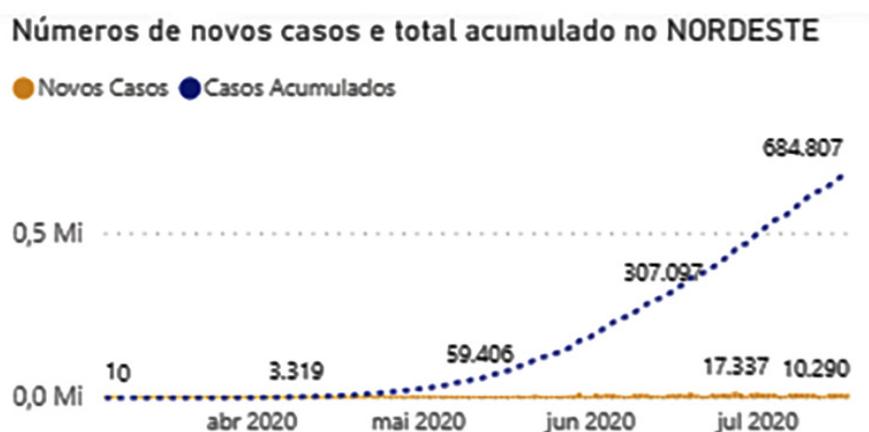
É importante lembrar que a data de confirmação laboratorial é sempre posterior à data de notificação do caso suspeito. Isto significa dizer que o vírus chegou nos estados do Nordeste antes das datas apresentadas anteriormente. É bem provável que todos os estados

tenham sido atingidos quase ao mesmo tempo e essas diferenças observadas quanto às datas podem decorrer da capacidade dos sistemas de vigilância em captar, notificar, investigar e confirmar os casos. Somente para ilustrar, o primeiro caso do Piauí, confirmado em 19 de março, foi notificado seis dias antes, em 13 de março. Na Paraíba, a confirmação demorou 16 dias para ocorrer, entre o atendimento médico em 02 de março e a confirmação laboratorial em 18 de março.

2.1 Os números da COVID-19 nos estados do Nordeste

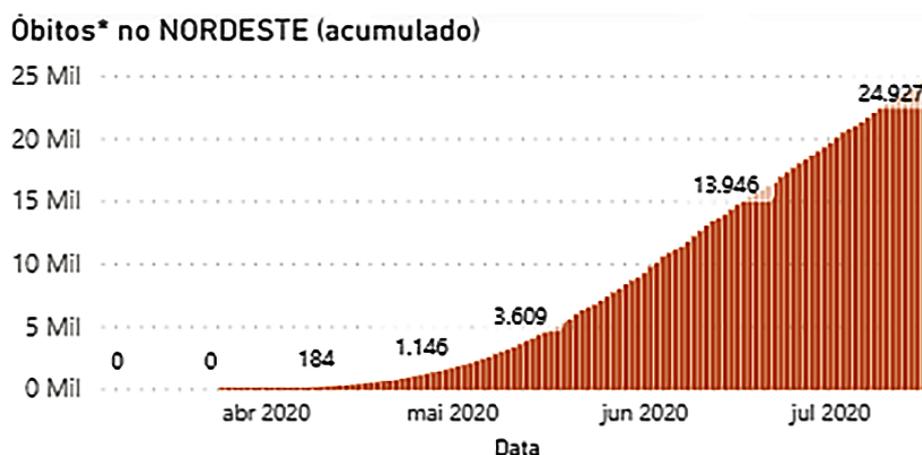
Desde a confirmação do primeiro doente no Nordeste, em 06 de março de 2020 em Feira de Santana/Bahia, e do primeiro óbito em Recife/Pernambuco em 25 de março, a região começou a apresentar um expressivo crescimento da doença (Figuras 2 e 3).

Figura 2- Evolução temporal dos casos confirmados de COVID-19 no Nordeste do Brasil.



Fonte: Comitê Científico do Consórcio Nordeste.

Figura 3- Evolução temporal dos óbitos por COVID-19 no Nordeste do Brasil.



Fonte: Comitê Científico do Consórcio Nordeste.

Em 18 de julho de 2020, a região Nordeste acumulava 684.807 casos de COVID-19, o que corresponde a 1/3 de todos os infectados do país. Em número de vidas perdidas, são

24.927, com taxa de letalidade de 3,6%. O painel integrado do Comitê Científico do Consórcio Nordeste aponta ainda que 95,04% das cidades da região apresentam casos confirmados (Figura 4).

Figura 4- Painel situacional da COVID-19 no Nordeste do Brasil em 18 de julho de 2020.

UF	Casos	%	Incidência ²	Óbitos	Letalidade	Fonte
CE	146.064	7,1%	1.599,46	7.166	4,9%	🔗
BA	118.657	5,8%	797,80	2.738	2,3%	🔗
MA	105.183	5,1%	1.486,65	2.640	2,5%	🔗
PE	77.423	3,8%	810,11	5.869	7,6%	🔗
PB	66.347	3,2%	1.651,19	1.446	2,2%	🔗
AL	49.253	2,4%	1.475,81	1.365	2,8%	🔗
SE	41.888	2,0%	1.822,25	1.088	2,6%	🔗
RN	41.424	2,0%	1.181,23	1.532	3,7%	🔗
PI	38.568	1,9%	1.178,29	1.083	2,8%	🔗
Total	684.807	33,4%	1.199,91	24.927	3,6%	

1. Conforme divulgado por boletins das Sec. Estaduais de Saúde;

2. Coeficiente de incidência de casos (por 100 mil habitantes).

Estados com casos

9

% Estados

100%

Cidades com casos

1.787

% Cidades

95.04%

Casos por 100miU/hab

1199.91

Letalidade

3.64%

Fonte: Comitê Científico do Consórcio Nordeste.

Dentre os estados do Nordeste, na data analisada, Ceará, Bahia e Maranhão concentraram os maiores números de infectados, somando 54,02% dos casos do Nordeste (369.904). Em taxa de incidência, a primeira posição foi ocupada pelo estado de Sergipe (1.822,25 casos para cada grupo de 100 mil habitantes). Por outro lado, Pernambuco apresentou a maior taxa de letalidade (7,6%) (Figura 4).

2.2 Interiorização da COVID-19 no Nordeste

O processo de interiorização da COVID-19 no Nordeste estabelece estreita relação com o deslocamento de indivíduos, seja por via terrestre ou aérea (CARMO et al., 2020; BRASIL, 2020). A compreensão desses mecanismos de dispersão é de fundamental importância, tanto por permitir prever os próximos locais de infecções quanto estabelecer mecanismos de contenção da doença. A seguir, tem-se como exemplo desse processo a evolução da COVID-19 no estado da Bahia.

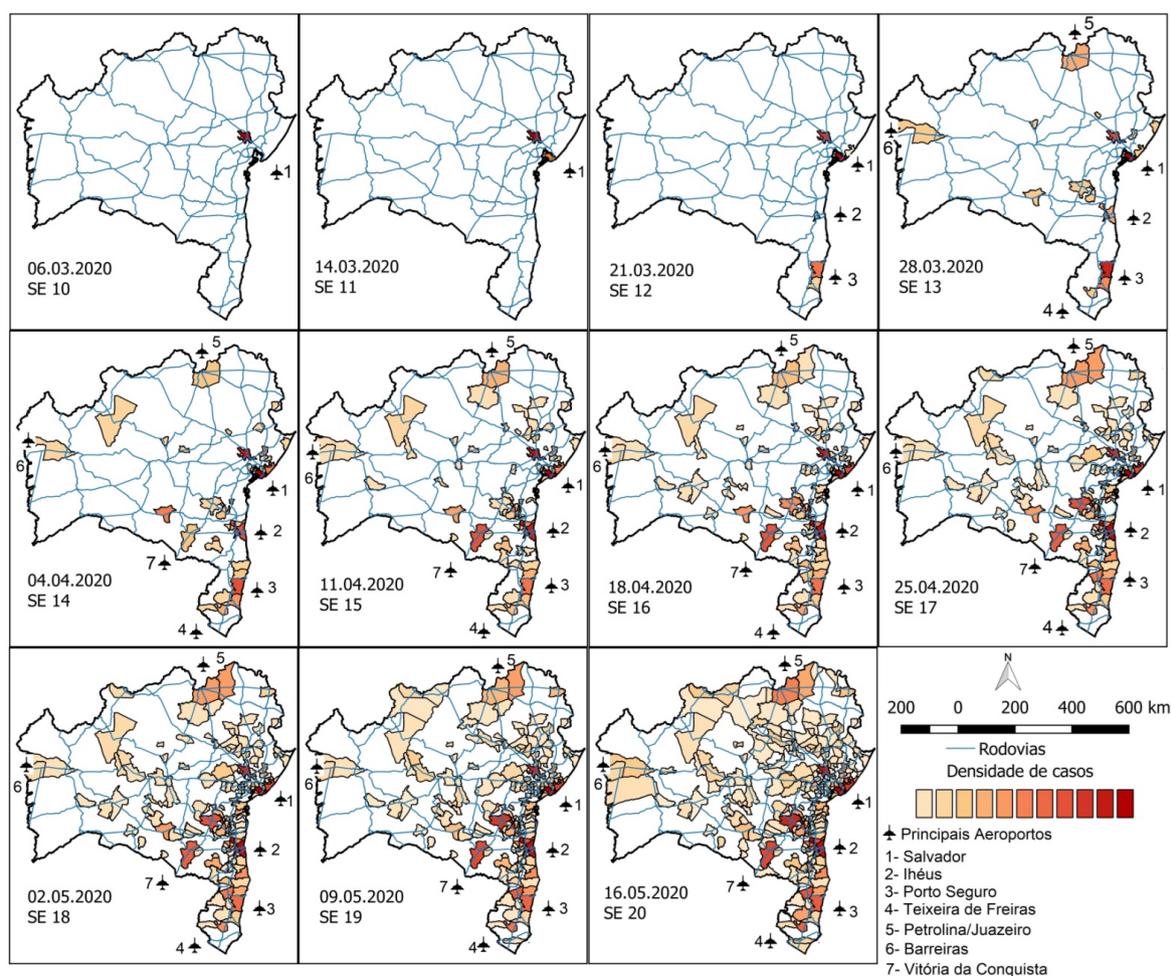
2.2.1 Aeroportos, rodovias e COVID-19 na Bahia

Os primeiros casos de COVID-19 na Bahia concentraram-se em áreas atendidas por três importantes complexos aeroportuários do estado, situados em Salvador, Ilhéus e Porto Seguro. Destaca-se que o primeiro caso confirmado em Feira de Santana apresentava histórico de viagem internacional, tendo aportado em Salvador. Os aeroportos de Porto Seguro e de Ilhéus, na região Sul do estado são importantes portas de entrada para o turismo. Esses dois aeroportos são os que possuem os maiores volumes de passageiros do interior do Nordeste. Somente em 2019, movimentaram 1,8 milhões e 521 mil passageiros, respectivamente (BRASIL, 2020b) (Figura 5).

No extremo oeste do estado, o primeiro caso foi confirmado em Barreiras em 22 de março. Em 2019, o aeroporto de Barreiras movimentou 79 mil passageiros, com disponibilidade de voos domésticos, sobretudo conectando Brasília e Salvador, dando origem a uma importante porta de entrada da COVID-19 na região (BRASIL, 2020b) (Figura 5).

Nessa mesma semana, também foram confirmados casos em Juazeiro (no norte), em Vitória da Conquista (no sudoeste) e em Teixeira de Freitas (no extremo sul). Juazeiro é atendida pelo Aeroporto Senador Nilo Coelho, em Petrolina/Pernambuco, importante complexo aeroportuário doméstico (movimentação de 398 mil passageiros em 2019) e de movimentação de cargas, das quais 71,7% refere-se à exportação de produtos da fruticultura irrigada. Em Vitória da Conquista, aeroporto local movimentou 66 mil passageiros no segundo semestre de 2019, e em Teixeira de Freitas a movimentação foi de 33 mil passageiros em 2019 (BRASIL, 2020b). Associado à dispersão pelos aeroportos para municípios polos, a COVID-19 também seguiu para o interior do estado por via terrestre (Figura 5).

Figura 5- Expansão da COVID-19 no estado da Bahia, entre 06 de março e 16 de maio de 2020, segundo Semana Epidemiológica (SE).



Fonte: Elaboração dos autores.

2.3 Efeito *Bumerangue* no Nordeste

No final de maio de 2020, a COVID-19 já havia alcançado a grande maioria dos municípios do interior do Nordeste. Um processo de interiorização previsto e, portanto, esperado. Em 26 de maio, todas as 188 microrregiões nordestinas já apresentavam casos confirmados de COVID-19.

Em paralelo, as capitais começaram a experimentar uma tendência de desaceleração da curva de contágio e redução da ocupação de leitos hospitalares de enfermagem, embora a ocupação das Unidades de Terapia Intensiva continuava elevada (*a desocupação desses leitos ocorre mais lentamente*). Esses efeitos derivam da adoção de medidas de isolamento social mais restritivas adotadas em Recife, São Luís, Fortaleza e João Pessoa.

No Maranhão, o poder judiciário decretou *lockdown* (termo adotado para designar bloqueio total) em quatro municípios: São Luís, São José do Ribamar, Raposa e Passo do Lumiar. Essas foram as primeiras cidades do Brasil nas quais medidas dessa natureza foram adotadas. O bloqueio durou entre 05 e 15 de maio.

Na Região Metropolitana do Recife (RMR), decreto do Governo do Estado estabeleceu medidas de isolamento social rígido nas cidades de Recife, Olinda, Jaboatão, Camaragibe e São Lourenço da Mata, entre os dias 16 e 31 de maio, com a finalidade de ampliar o isolamento social, desacelerar a intensidade do contágio e reduzir a taxa de ocupação de leitos hospitalares.

Mas então o que significa esse efeito *Bumerangue* no sistema de saúde? Trata-se de um processo de deslocamento de indivíduos infectados que necessitam de cuidados intensivos (casos graves) para as capitais do estado, que experimentavam, por razões já elencadas, uma redução da ocupação de leitos.

A reduzida disponibilidade de leitos de UTI nos municípios do interior e a concentração nas capitais e grandes cidades forçam esse fluxo migratório, elevando, pela segunda vez, a taxa de ocupação e gerando uma nova e rápida sobrecarga nos sistemas hospitalares, além do risco de uma nova onda de transmissão.

Esse fenômeno ocorre da seguinte maneira:

Primeiro componente do efeito Bumerangue

- Adoções de medidas restritivas nas capitais desaceleração da curva de contágio
- redução da sobrecarga hospitalar.

Segundo componente do efeito Bumerangue

Aumento da intensidade da transmissão nos municípios do interior (interiorização da COVID-19)

- aumento do número de pacientes com a necessidade de cuidados intensivos + reduzida disponibilidade de recursos terapêuticos avançados (UTI) nos municípios do interior
- fluxo migratório de pacientes em direção às capitais
- Nova sobrecarga no sistema hospitalar e risco de colapso da rede assistencial.

3. NOTAS FINAIS

O cenário epidemiológico da COVID-19 no Nordeste brasileiro inspira preocupação. O afrouxamento das medidas de isolamento social nesse cenário pode trazer consequências dramáticas, tanto para os municípios menores e mais vulneráveis, que não possuem recursos suficientes para atender as suas populações; quanto para as capitais, em razão do efeito bumerangue.

É necessário ainda mais empenho do poder público no desenvolvimento de estratégias que possam desacelerar a curva de contágio no interior do Nordeste, oferecendo um *fôlego* a mais para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Coronavírus Brasil**. Painel Coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://COVID.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16/07/2020. (a)

BRASIL. **Ministério da Infraestrutura**. Secretaria Nacional de Aviação Civil. Módulo de Informações Gerenciais. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3g6KVbJ>>. Acesso em: 16/07/2020. (b)

CARMO, R. F.; NUNES, B. E. B. R.; MACHADO, M. F. et al. Expansion of COVID-19 within Brazil: the importance of highways. **Journal of Travel Medicine**, 24 Jun. 2020.

COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS. Consórcio Nordeste. COVID-19 no Nordeste Brasileiro. 2020.

DELATORRE, E.; MIR, D.; GRÄF, T. et al. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in Western Countries. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 24 Abr. 2020.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-99, Set. 2018.

GONZALEZ-REICHE, A. S.; HERNANDEZ, M. M.; SULLIVAN, M. et al. Introductions and early spread of SARS-CoV-2 in the New York City area. **MedRxiv**, 16 Abr. 2020.

RACHE, B.; ROCHA, R.; NUNES, L. et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota técnica n. 3. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, São Pulo, Mar. 2020.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A. G. A. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, CFM, Cremesp, 2018. 286p.

SOUZA, C. D. F.; MACHADO, M. F.; CARMO, R. F. Human development, social vulnerability, and COVID-19 in Brazil: A study of the social determinants of health. **Research Square**, 28 Maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 51. 11 Mar. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2BECSEe>>. Acesso em: 18/07/2020.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733, jan. 2020.

PLANEJAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA COVID-19 NO NORDESTE

Michael Ferreira Machado

Túlio Romério Lopes Quirino

Carlos Dornels Freire de Souza

1. INTRODUÇÃO

Há pouco mais de sete meses sistemas de saúde por todo o mundo tem enfrentado um dos maiores desafios sanitários da história. Trata-se de uma pandemia de inédita proporção que tem lançado aos Estados modernos e seus governantes desafios inesgotáveis para a manutenção da saúde e preservação da vida de sua população.

A COVID-19, denominação dada ao agravo que caracteriza esta nova síndrome respiratória, atingiu inicialmente a China, tendo sido reportado o seu início ainda em dezembro de 2019, a partir da identificação de relevante número de casos de um tipo de pneumonia aguda, com alto poder de transmissão, na província de Hubei (WHO, 2020; SARTI et al., 2020). Esta síndrome respiratória é ocasionada pela ação do SARS-CoV-2, uma nova cepa viral da família *Coronaviridae*, reportada na literatura como causadora de infecções respiratórias em tipos descritos anteriormente, a exemplo do SARS-CoV (causadora da síndrome respiratória aguda grave) e do MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio) (LIMA, 2020).

A pandemia da COVID-19 tem sobrecarregado os sistemas de saúde em todos os países, provocando mudanças nas formas de planejamento das ações de saúde, especialmente na assistência e na vigilância em saúde (MACHADO, QUIRINO, SOUZA, 2020). As ações da vigilância situam-se no âmbito da proteção da saúde, face aos riscos de diversas naturezas, e da promoção da saúde. Pode ser considerada como um componente específico do sistema dos serviços de saúde e diz respeito a um conjunto de conhecimentos produzidos por diversas áreas, assim como de práticas de natureza multiprofissional e interinstitucional, particularmente desenvolvidas em âmbito estatal (COSTA, 2009).

As ações da vigilância sanitária conformam uma dada racionalidade da vida contemporânea que compete avaliar riscos e incertezas. A atuação se dá por órgãos específicos e de regras estabelecidas por leis, regulamentos e mecanismos regulatórios (COSTA, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, uma das características fundamentais da vigilância sanitária é a produção de informações confiáveis com vistas a planejar as ações de saúde. O uso efetivo e sistemático das informações da vigilância sanitária torna-se fundamental para que estados e municípios consigam definir prioridades, aperfeiçoem a distribuição de recursos e elaborem qualificadas estratégias de intervenção em saúde (LUCCHESI, 2006). Logo, compreender o planejamento e o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária consiste em exercício imprescindível aos distintos níveis de gestão do sistema de saúde, especialmente, em contextos de pandemia.

É a partir desta premissa que se desenvolve o presente capítulo, o qual pretendeu analisar de que forma a Vigilância Sanitária tem sido pensada pelas estruturas de gestão estadual, no Nordeste brasileiro, considerando a proposição de medidas para o enfrentamento à COVID-19, inscritas nos Planos de Contingência elaborados pelas suas equipes gestoras.

2. MÉTODO

Este texto, de caráter analítico-reflexivo, utilizou como objeto de análise as publicações oficiais de secretarias estaduais de saúde dos estados nordestinos, produzidas no âmbito da elaboração de respostas governamentais à Pandemia da COVID-19. Origina-se, portanto, de um estudo descritivo de base documental, que buscou reconhecer de que maneira estes documentos apresentam direcionamentos à tomada de decisão em saúde, que possibilitem o enfrentamento à pandemia em seus territórios de abrangência.

Tomando como referência a estratégia metodológica definida por Spink (2000), para análise de documentos de domínio público, neste trabalho, foram considerados para análise os Planos de Contingência elaborados pelos governos estaduais dos nove estados que compõem a Região Nordeste do Brasil, a qual concentra atualmente 693.028 casos confirmados da COVID-19, estando na segunda colocação dentre as regiões do país, atrás apenas da Sudeste, com 708.263 casos notificados (BRASIL, 2020).

Os documentos analisados foram obtidos por meio de acesso à página do Ministério da Saúde dedicada à COVID-19, onde estão armazenados para consulta pública os Planos de Contingência e outros documentos normativos elaborados pelo Governo Federal, bem como pelos governantes de todos os estados brasileiros (BRASIL, 2020). A busca foi realizada no dia 20 de junho de 2020, a partir da qual os documentos acessados e selecionados foram armazenados para posterior análise.

O processo de análise considerou a identificação dos seguintes aspectos componentes dos planos: (1) organização e estrutura formal; (2) objetivos definidos, gerais e específicos, e; (3) propostas definidas para a Vigilância Sanitária em âmbito estadual.

Para sua operacionalização, foram construídos quadros de análise preenchidos individualmente, contemplando tais aspectos em cada um dos planos considerados. Foi desenvolvida a análise de conteúdo do material produzido pelos estados, cujos achados foram

refletidos tomando por referência o modelo político-operacional da Vigilância Sanitária (COSTA, 2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os estados nordestinos construíram planos de contingência face à pandemia da COVID-19, seguindo as recomendações do Governo Federal (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b). Os estados de Alagoas e Paraíba publicaram os seus planos ainda em janeiro de 2020, antevendo a chegada do agravo no território nacional. Os planos da Bahia e de Pernambuco datam do mês de fevereiro; e do Rio Grande do Norte, de abril de 2020. Os demais estados não faziam menção ao mês de publicação.

De modo geral, há uma heterogeneidade na organização dos documentos, bem como nas ações programáticas e estratégicas a serem desenvolvidas no contexto da pandemia. No âmbito das ações de Vigilância Sanitária, a articulação dos estados com os seus respectivos municípios é referida nos planos de sete dos nove estados do Nordeste. As exceções são os estados do Maranhão e Paraíba.

O Quadro 1 sintetiza os planos estaduais analisados e as articulações previstas, no âmbito da Vigilância Sanitária, a serem desenvolvidas (ou não) junto aos municípios.

Quadro 1. Caracterização dos planos de contingência dos estados da Região Nordeste do Brasil, quanto à previsão de articulações intra e intersetoriais da Vigilância Sanitária.

UF	Data de publicação	Data de atualização	Ações da Vigilância Sanitária estadual com os municípios	Articulações intra e intersetoriais da Vigilância sanitária estadual*
AL	30/01/2020	1ª 08/02/2020 2ª 12/03/2020	Prevê	Prevê
BA	Fevereiro/ 2020	Não cita	Prevê	Prevê
CE	Cita apenas o ano (2020)	Não cita	Prevê	Não cita
MA	Cita apenas o ano (2020)	Não cita	Não cita	Prevê
PB	Janeiro/ 2020	Não cita	Não cita	Prevê
PE	Fevereiro/2020	Não há	Prevê	Não cita
PI	Cita apenas o ano (2020)	Não cita	Prevê	Prevê
RN	02/04/2020	2ª versão (sem datar as anteriores)	Prevê	Não cita
SE	Cita apenas o ano (2020)	Versão preliminar	Prevê	Prevê

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

UF: unidade federativa; AL: Alagoas; BA: Bahia; CE: Ceará; MA: Maranhão; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; PI: Piauí; RN: Rio Grande do Norte; SE: Sergipe.

As ações das Vigilâncias Sanitárias estaduais previstas na articulação com os municípios vão desde o suporte para o monitoramento de casos, à pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regionais, bem como o suporte para que os municípios elaborem os seus planos de contingência ao enfrentamento da COVID-19.

No tocante às articulações das Vigilâncias Sanitárias estaduais com outros setores, permanece a heterogeneidade das ações, sendo planejadas: a atuação conjunta com os diferentes níveis de assistência à saúde; a interface com órgão do governo de abrangência nacional; e, a intersetorialidade com movimentos sociais, com as áreas da educação, justiça e demais setores economicamente produtivos. O Quadro 2 exibe as ações previstas.

Quadro 2. Descrição das articulações intra e intersetoriais previstas nas ações das Vigilâncias Sanitárias dos estados da Região Nordeste do Brasil (continua)

UF	Ações integradas
AL	<ul style="list-style-type: none"> Promover ações integradas entre Vigilância, assistência, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo coronavírus (2019-nCoV).
BA	<ul style="list-style-type: none"> Articulação e realização de reuniões com outros setores que têm interface com as ações de enfrentamento do vírus 2019-nCoV e outros vírus Influenza de interesse de saúde pública: Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Anvisa, estabelecimentos de ensino, Conselhos de Saúde, Ministério Público, dentre outros. Articulação e realização de reuniões com Conselhos de Saúde e Sociedade Civil organizada para envolvimento nas ações de prevenção e controle do vírus 2019-nCoV e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública.
CE	<ul style="list-style-type: none"> Não cita.
MA	<ul style="list-style-type: none"> Apenas a notificação dos casos acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, em até 24 h, ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS) estadual.
PB	<ul style="list-style-type: none"> A presença da Vigilância Epidemiológica no âmbito da Atenção Primária em Saúde e da Atenção Hospitalar será essencial para identificação de possível caso suspeito.
PE	<ul style="list-style-type: none"> Não cita.
PI	<ul style="list-style-type: none"> Articular reuniões, em parceria com as Vigilâncias Sanitárias (Visa) municipais, com o setor regulado (representantes do comércio varejista e atacadista, sindicato dos trabalhadores, clínicas, hospitais, drogarias, farmácias de manipulação, laboratórios, serviços de hotelaria e alimentação em geral, serviço de transporte rodoviário, escola de todos os níveis, entre outros), com o objetivo de orientar sobre as medidas preventivas em relação à redução do risco de contaminação do 2019-nCoV; Realizar busca ativa de todas as pessoas que tiveram ou têm contato com pessoas suspeitas ou confirmadas de COVID-19 e, juntamente com a equipe da Vigilância em Saúde, notificar os sintomáticos respiratórios e realizar ações de cuidado para o encaminhamento pela rede; da Atenção Primária à Saúde com a Visa.
RN	<ul style="list-style-type: none"> Não cita.
SE	<ul style="list-style-type: none"> Promover capacitação através do Telessaúde com os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, média e alta complexidade e Vigilâncias em Saúde de todo estado.

Fonte: Elaborado pelos autores do artigo, 2020.

UF: unidade federativa; AL: Alagoas; BA: Bahia; CE: Ceará; MA: Maranhão; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; PI: Piauí; RN: Rio Grande do Norte; SE: Sergipe; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; COSEMS: Conselho das Secretarias Municipais de Saúde; CIEVS: Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde; Visa: Vigilância Sanitária.

Vale ressaltar que em três dos nove estados do Nordeste, nos seus respectivos planos, não estão descritas atividades articuladas da Vigilância Sanitária com outros órgãos do setor saúde, nem mesmo com instituições relacionadas a outros setores. Quanto aos demais, apesar de sinalizarem ações integradas da vigilância com outros serviços envolvidos no enfrentamento à COVID-19, apenas dois estados explicitam em seus planos, a articulação com outros setores, públicos e/ou privados, como entidades sindicais e comerciais, justiça, educação, entre outros, a exemplo das instituições de ensino e o Ministério Público (no plano da Bahia), e os sindicatos de trabalhadores e o setor hoteleiro e alimentício (no plano do Piauí).

Em linhas gerais, os planos apresentam possíveis caminhos e estratégias para o enfrentamento da pandemia, levando em consideração o nível de institucionalização da Vigilância Sanitária, no âmbito da gestão das práticas e ações em saúde, bem como visibilizam os recursos e atores disponíveis nos territórios dos estados para a produção de respostas em uma situação pandêmica.

Neste sentido, na realização do exercício analítico foi possível considerar a forma como as equipes gestoras envolvidas na elaboração dos respectivos planos situam o papel da Vigilância Sanitária em nível estadual, ainda que não se possa revelar como tais construções resultam efetivamente em seu processo de desenvolvimento e aplicação quanto às ações planejadas, mesmo reconhecendo sua capacidade de orientar as práticas de saúde.

A análise de tais documentos possibilitou a identificação de uma série de elementos que remontam aos processos de âmbito gerencial e da interface com outros setores. Como resultantes desse exercício analítico, foram denotadas duas categorias temáticas principais: 1) Aspectos políticos-gerenciais, de âmbito estadual, da Vigilância Sanitária; 2) Articulações organizacionais da Vigilância Sanitária.

3.1 Aspectos políticos-gerenciais, de âmbito estadual, da Vigilância Sanitária

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelo princípio constitucional do direito universal à saúde por toda a população brasileira, sendo uma responsabilidade do Estado a garantia deste, implicou uma organização dos serviços, sob o comando único em cada esfera de governo. A descentralização do SUS, proposta pela Constituição Federal de 1988, conformou que a gestão do sistema fosse compartilhada entre a União, os estados e os municípios, respeitando a autonomia de cada ente federado, com as decisões baseadas em consenso, assegurando a participação da sociedade (controle social).

A descentralização, como um dos princípios organizativos do SUS, fomenta avanços significativos, como a redistribuição das responsabilidades e descentralização dos recursos, no âmbito da saúde. Esse gerenciamento local das políticas de saúde, por meio do compartilhamento das instâncias do poder decisório, das instâncias de pactuação e novos instrumentos de participação social, objetiva a prestação de serviços com mais eficiência e qualidade.

Dessa forma, uma boa gestão da Vigilância sanitária requer uma relação federativa cooperada entre os estados e seus respectivos municípios (OLIVEIRA, CRUZ, 2015; MEDEIROS et al, 2017). Os planos estaduais materializam a construção de uma agenda estratégica, na perspectiva de qualificar as ações para uma resposta efetiva face à pandemia da COVID-19. Esses documentos articulam decisões político-institucionais, o estabelecimento de mecanismos técnicos e dispositivos organizacionais, prevendo inclusive a divulgação de informações estratégicas relativas à pandemia.

Neste caso, chama a atenção que dentre os nove planos analisados, os estados do Maranhão e da Paraíba, não mencionem pactuações com os municípios. A necessidade de novos arranjos institucionais no âmbito da Vigilância Sanitária demanda a promoção de ações descentralizadas e integradas, bem como articulações intersetoriais, que diminuam a fragmentação do trabalho e fortaleçam a parceria entre estados e municípios.

3.2 Articulações e regulações da Vigilância Sanitária

Outro ponto destacado na análise dos planos foi a articulação da Vigilância Sanitária com outros serviços e programas componentes da rede de saúde, bem como aqueles referentes a setores externos à saúde, como os setores da economia e movimentos sociais.

Esse é um aspecto fundamental da vigilância sanitária, especialmente no cenário pandêmico da COVID-19, que é a capacidade de promover um conjunto de práticas em saúde articulando os aspectos médico-sanitário, do domínio econômico e jurídico-político.

Essas ações, essencialmente intersetoriais, perpassam as relações entre ciência, saúde, aspectos econômicos e sociais. Sua natureza regulatória, marcada pela intervenção nas relações sociais de produção-consumo, são de competência exclusiva do Estado e, em grande medida, reguladas pelo Direito. Esse aspecto de vigilância e monitoramento é exercido sobre produtos, processos e serviços, avaliando os riscos para a saúde individual e coletiva (COSTA, 2009).

Nesse ponto, o plano estadual do Piauí, que prevê ações e parcerias da Vigilância Sanitária com os setores do comércio, hotelaria/turismo, transportes, educação, além de instituições e serviços da saúde, ilustra bem esse princípio teórico-operacional da vigilância.

Assim, as ações de Vigilância Sanitária, pautadas pelo conhecimento técnico-científico e nos princípios de proteção da saúde, são concomitantemente, ações de saúde e de prestação de serviços pelo Estado, cujos agentes necessitam regularizar seus produtos e serviços, em um cenário atípico de pandemia.

Em todos os planos estaduais analisados, a Vigilância Sanitária também atua como responsável pelo suporte aos serviços de saúde e dos fármacos. Esse é um aspecto importante, pois as estratégias de intervenção em saúde da vigilância sanitária lidam com o processo saúde-doença e a questão de riscos.

Risco é uma categoria teórica central na reflexão e na atuação da Vigilância Sanitária. Mesmo cientificamente eficazes, os fármacos e insumos de saúde apresentam riscos, com reflexos no processo saúde-doença, intrínsecos à sua própria natureza; posto que mesmo adequadamente fabricados, produzidos, transportados, armazenados, podem apresentar algum procedimento inadequado no manuseio, prescrição, inadequação das instalações e equipamentos que inviabilizem o seus usos (LUCCHESE, 2006).

No cenário de pandemia da COVID-19, a qualidade e a velocidade do consumo de produtos relacionados com a saúde deve ser objeto de ponderação, visando evitar o aumento do número de casos, especialmente nos estabelecimentos de saúde, e até mesmo monitorar práticas ilícitas de fabricantes, comerciantes e prestadores de serviços.

4. NOTAS FINAIS

A pandemia da COVID-19 trouxe uma série de desafios ao SUS na produção de respostas articuladas e efetivas para a proteção da população brasileira. Neste âmbito, os aspectos político-institucionais e de articulação da Vigilância Sanitária são fundamentais.

Ao se refletir sobre esse componente do sistema de saúde, cujo escopo de atuação se revela amplo e complexo, pode-se compreender sua ação no cotidiano e na coletividade. Pela abrangência de seus objetos de atuação é possível ponderar que as questões da área de vigilância e regulação sanitária remetem a uma discussão ampla e das relações entre o conhecimento científico, os sistemas de saúde e o próprio Estado.

A COVID-19 trouxe a necessidade do fortalecimento de métodos e estratégias de enfrentamento a novos e velhos problemas, com a questão da saúde, seus determinantes, os riscos, as tecnologias e inovações.

Destaca-se também que a heterogeneidade entre os estados nordestinos, principalmente no que tange às características sócio políticas e a pandemia da COVID-19, além dos altos índices de transmissibilidade e mortalidade, também vem visibilizando fragilidades institucionais da gestão do SUS. Assim, em um cenário pandêmico, o planejamento das ações possui um fluxo não habitual e mais acelerado face à gravidade da situação sanitária e do perfil epidemiológico da doença.

Não obstante, é importante considerar o alcance das análises desenvolvidas neste artigo, uma vez que pretensamente se buscou lançar luz sobre a forma como a Vigilância Sanitária é inscrita em dados documentos normativos. No entanto, há que se destacar as limitações do escopo das problematizações aqui realizadas, tendo em vista a impossibilidade de ponderar as aplicabilidades práticas dos referidos atos normativos, tanto pela forma como tais documentos foram construídos, contando com maior ou menor participação dos atores responsáveis pela implementação das ações, quanto pelas rápidas transformações que ocorrem na organização dos sistemas de saúde locais, tendo em vista as incertezas que acompanham a evolução da pandemia da COVID-19 no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV**. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2020.

BAHIA. **Plano estadual de contingências para enfrentamento do novo coronavírus: 2019-n CoV**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2020.

BRASIL, 2020a. Ministério da Saúde. Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara emergência em saúde pública de importância nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial União**. 4 fev 2020

BRASIL, 2020b. Ministério da Saúde (BR). Centro de operações de emergências em saúde pública COE-COVID-19. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Painel coronavírus. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 20/06/2020.

CEARÁ. **Plano estadual de contingência para resposta às emergências em saúde pública: novo coronavírus (2019-nCoV)**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2020.

COSTA, E.A. Fundamento da Vigilância Sanitária. In COSTA Ediná A (org.) **Vigilância Sanitária: temas para o debate**. Salvador: Edufba, 2009. p. 11-36.

COSTA, E.A. Regulação e Vigilância: proteção e defesa da saúde. In: Rouquarol MZ, Gurgel M (orgs.) **Epidemiologia & Saúde**, 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2012: 493-520.

LIMA, C.M.A.O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. V-VI, Abr. 2020 .

LUCHESE G. A Vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GOD. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 33-47.

MACHADO, M.F.; QUIRINO, T.R.L.; SOUZA, C.D.F.S. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate**, v. 8, 2 jun. 2020.

MARANHÃO. **Plano estadual de contingência do novo coronavírus 2019-nCoV**. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2020.

MEDEIROS, E.H.F.; MACHADO, M.F.; PESSOA JUNIOR, J.M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 561-578, July 2017 .

OLIVEIRA, C.M.; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 255-267, Mar. 2015 .

PARAÍBA. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2020.

PERNAMBUCO. **Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2020.

PIAUI. **Plano estadual de contingência para o enfrentamento da infecção humana pelo coronavírus (2019- nCoV) do estado do Piauí**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo COVID-19**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.; 2020.

SARTI, T.D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020166, 2020 .

SERGIPE. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV**. Aracajú: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe; 2020.

SPINK, P.K. Análise de Documentos de Domínio Público. IN: SPINK, Mary Jane. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 51. 11 Mar. 2020.

COVID-19 E POPULAÇÃO INDÍGENA: REFLEXÕES PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rodrigo Feliciano do Carmo
Amanda Júlia de Arruda Magalhães
Louryanne de Castro Silva
Vitória Ingrid dos Santos Cardoso
Yasmin Vitória Silva Nobre
Érika de Fátima Machado Soares
Ayara Jhulia Palmeira Dantas Lima
Lucas Gomes Santos
Adeilton Gonçalves da Silva Junior
Carlos Dornels Freire de Souza

1. INTRODUÇÃO

A atual pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, teve origem na cidade de Wuhan, China, reportado inicialmente à Organização Mundial da Saúde (OMS) como um surto de pneumonia em dezembro de 2019 (ZHU et al., 2020). Exponencialmente, a COVID-19 tomou proporções globais, com 7,82 milhões de infectados e cerca de 431 mil mortes, até 15 de junho de 2020 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020). No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro, e o primeiro óbito em 17 de março de 2020. Em 15 de junho, o país ocupa o segundo lugar em relação ao número de casos confirmados dentre todos países do mundo, contabilizando 850.514 mil infectados e 42.720 mortes (BRASIL, 2020a).

Por ser uma doença de fácil contágio e que não possui tratamento e vacina para retardar a disseminação do vírus e assim evitar o colapso dos sistemas de saúde, protocolos com medidas de prevenção, como o uso de máscaras, distanciamento/isolamento social, etiqueta respiratória e frequente higienização das mãos, foram implementados por todo o mundo (VIEIRA et al., 2020). Alguns grupos da população, como idosos e portadores de comorbidades, são consideradas grupos de risco por possuírem frequência maior de desenvolvimento de formas graves da doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

No entanto, no Brasil, é necessário atentar às peculiaridades de outros grupos que possuem alta vulnerabilidade à COVID-19, não apenas por condições biológicas, mas por fatores sociais e ambientais (AMIGO, 2020). Nesse cenário incluem-se os povos indígenas, haja vista o contexto histórico de vulnerabilidade social a que esta população está exposta (FERRANTE et al., 2020).

Dessa maneira, tendo em vista a entrada do SARS-CoV-2 em territórios indígenas e mortes já relatadas, assim como os desafios enfrentados por estes povos, discorreremos sobre as características da população indígena no Brasil, a atual situação da COVID-19 dentre os indígenas e as singularidades que os tornam vulneráveis. Estas informações são imprescindíveis para criação de políticas eficazes de acordo com as reais necessidades desses povos.

1.1 Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil

Estima-se que nas terras hoje designadas brasileiras, antes da chegada dos europeus, residiam cerca de cinco milhões de povos nativos. A partir do início do processo de colonização, a história dos povos indígenas passou a ser marcada por opressão e repressão, e segue vinculada aos atos de resistência para que não fossem extintos e fossem preservados suas culturas e seus territórios (LUCIANO, 2020).

De acordo com IWGIA (THE INDIGENOUS WORLD, 2020) existem cerca de 476 milhões de indígenas no mundo. Já no Brasil, baseado nos dados do Censo demográfico de 2010, foi registrada uma população indígena de 896,6 mil por autoidentificação, com 63,8% desta vivendo em área rural. Os povos indígenas encontram-se dispersos por todas as regiões brasileiras tendo sua maior concentração, cerca de 37,4%, na região Norte, com maior aglomeração no estado do Amazonas (IBGE, 2010).

No Brasil, em 2010, foram identificadas 505 terras indígenas, representando um percentual de 12,5% de todo o território nacional, onde reside 57,7% do total da população indígena brasileira. Há significativas variações na quantidade de moradores em cada comunidade indígena, dentre elas o maior percentual conta com uma população entre 100 e 1.000 indígenas (IBGE, 2010).

Apesar da aplicabilidade do termo genérico índio, dentro dessa parcela da população está incluída uma multiplicidade de povos que se organizam em sociedades caracterizadas por suas distintas singularidades (LUCIANO, 2020). Dessa maneira, segundo dados de 2010 foram identificadas 305 etnias, no Brasil, -definidas por afinidades linguísticas, culturais e sociais. Dentre os diferentes povos, foram identificadas 274 línguas indígenas faladas por 37,4% do total de autodeclarados índios residentes, em sua maioria, em terras indígenas. 17,5% da população indígena declarou não falar o português (IBGE, 2010).

Dados de 2010 mostram que 36,2% dos indígenas possuem entre 0 e 14 anos, já o grupo etário de 15 a 64 anos possui percentual de 58,2%. Em relação aos sexos feminino e

masculino para o total da população há um equilíbrio, sendo maior o número de mulheres na área urbana e de homens na área rural. Dentre os indígenas de 15 anos ou mais, a taxa de alfabetização é de 76,7%, menor quando comparada a população não indígena (90,4%). Foi observado maior percentual de alfabetização dentre os mais jovens, já a população acima de 50 anos possui taxa de analfabetismo superior à taxa de alfabetizados. Em relação à renda, foram observados que 52,9% dos indígenas não possuem nenhum tipo de rendimento (IGBE, 2010).

2. COVID-19 E POPULAÇÃO INDÍGENA

No que tange à epidemiologia, os dados ainda não estão evidentes nos artigos recentemente publicados. Esse fator ratifica a necessidade de desagregar os dados obtidos da população em geral, com o intuito de que os números acerca da população indígena acometida pela COVID-19 sejam, de fato, amplamente divulgados (ZAVALETA, 2020). Além disso, desagregar os dados em fatores como etnia, sexo, faixa etária, comorbidades e principais sinais e sintomas da COVID-19 na população indígena facilitará os estudos acerca do perfil clínico dessa população, além de auxiliar na execução de um possível plano de contingência específico às particularidades da população indígena.

O primeiro caso da doença confirmado em indígenas, no Brasil, foi em 1º de abril de 2020. Em 15 de junho de 2020, a taxa de mortalidade por COVID-19 na população indígena no Brasil é de cerca de 15,06/100 mil habitantes em sua totalidade, e sujeita à subnotificação, de acordo com os dados dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) cadastrados (BRASIL, 2020b). Além disso, de 817 mil indígenas analisados, cerca de 30% residem em municípios com alto risco (> 50%) para a COVID-19 e aproximadamente 60% residem em municípios com baixo risco (< 25%) (VALVERDE, 2020).

Em relação aos 34 Dsei, o distrito Alto Rio Solimões apresenta o maior número de casos confirmados e óbitos, em 15 de junho de 2020 (COVID-19 e os Povos Indígenas, 2020). Esse distrito conta com 16 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), 13 Polos Base e 1 Casa de Saúde Indígena para atender uma população superior a 70 mil habitantes (Quadro 1) (BRASIL, 2020b). No entanto, esses serviços são de baixa complexidade, logo, nos casos mais graves, com a necessidade de unidades de terapia intensiva (UTI) e respiradores, é preciso ir até o serviço de alta complexidade mais próximo.

Considerando a análise realizada quanto à vulnerabilidade indígena, no ranking das dez terras indígenas com maiores índices de vulnerabilidade, percebe-se que 4 delas são no estado de São Paulo, sendo a Terra Indígena de Barragem a mais vulnerável (COVID-19 e os Povos Indígenas, 2020). Esse índice é obtido de acordo com a realidade social, os leitos hospitalares disponíveis, infraestrutura de atendimento em saúde e dados epidemiológicos da população. Os dados obtidos com essa análise estão em consonância com a situação do estado de São Paulo, onde os números ultrapassam 180 mil confirmados na presente data e superam todos os estados brasileiros (BRASIL, 2020a).

Quadro 01. Dados referentes aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), com taxas por 100 mil habitantes em 15 de junho de 2020.

Dsei	População	UBSI	Taxa de Mortalidade / 100 mil habitantes	Taxa de Incidência / 100 mil habitantes
ALAGOAS E SERGIPE	12.479	0	2,01	248,41
ALTAMIRA	4.323	34	0	670,83
ALTO RIO JURUA	18.208	0	0	65,9
ALTO RIO NEGRO	28.858	6	27,7	620,27
ALTO RIO PURUS	12.597	9	15,8	563,62
ALTO RIO SOLIMÕES	70.823	16	33,88	698,92
AMAPA E NORTE DO PARA	12.964	23	0	902,49
ARAGUAIA	6.290	19	0	0
BAHIA	32.449	26	3,08	58,55
CEARA	35.757	26	11,18	598,48
CUIABA	8.667	51	0	0
GUAMA-TOCANTINS	17.198	31	58,14	1.022,28
INTERIOR SUL	38.945	61	5,13	469,89
KAIAPO DO MATO GROSSO	4.939	24	0	80,98
KAIAPO DO PARA	6.152	15	32,5	2.308,19
LESTE DE RORAIMA	51.797	285	19,3	306,96
LITORAL SUL	24.699	46	4,04	72,87
MANAUS	29.506	0	16,94	613,43
MARANHAO	37.167	47	8,07	640,35
MATO GROSSO DO SUL	80.841	75	0	139,78
MEDIO RIO PURUS	10.721	13	0	139,91
MEDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	20.264	30	34,54	439,2
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	16.787	14	0	29,78
PARINTINS	17.130	9	11,67	175,13
PERNAMBUCO	39.543	62	12,64	212,42
PORTO VELHO	13.407	27	14,91	290,89
POTIGUARA	15.374	20	0	234,16
RIO TAPAJOS	13.279	25	45,18	587,39
TOCANTINS	12.531	32	0	7,98
VALE DO JAVARI	6.281	8	0	509,47
VILHENA	5.933	27	0	0
XAVANTE	21.433	32	4,66	88,64
XINGU	8.000	23	0	37,5
YANOMAMI	26.785	78	14,93	365,87
TOTAL	670593	1194	15,06	449,3

Fonte: Ministério da Saúde. Dados extraídos em 15 de junho de 2020.

Em relação às entidades protetoras, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) divulgou uma cartilha que contém as etapas a serem seguidas na existência de casos suspeitos de COVID-19 nas aldeias (FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, 2020).

2.1 Contexto de vulnerabilidade dos povos indígenas

Quanto às vulnerabilidades que tornam os povos indígenas mais suscetíveis às mazelas causadas pelo novo coronavírus, pode-se destacar o acesso precário ao sistema público de saúde (FERRANTE, 2020). De acordo com o Plano Distrital de Saúde Indígena do quadriênio 2020–2023 (BRASIL, 2020), para 760.350 indígenas, existem apenas 1.199

UBSI, sendo cada uma responsável por atender aproximadamente 634 indígenas. Além do baixo número de unidades, grande parte delas carece de equipamentos, profissionais e medicamentos essenciais no tratamento de casos de COVID-19 (FERRANTE, 2020). O Distrito Sanitário Especial do Alto Rio Solimões, o que apresenta mais casos de infectados em 15 de junho de 2020, por exemplo, apresenta 30 médicos para uma população de mais de 60 mil pessoas (BRASIL, 2019).

Outra problemática enfrentada pela população indígena é o precário acesso à água tratada (POWER et al., 2020), essencial para a lavagem das mãos, uma das principais formas de prevenção à COVID-19 (MENESES-NAVARRO et al., 2020), além de acesso a saneamento básico. O Censo realizado em 2010 pelo IBGE mostrou que apenas 60,3% dos domicílios indígenas contavam com rede geral de abastecimento de água, dificultando a higienização necessária. A região Norte, especificamente, não seguia o índice nacional, com apenas 27,3% dos domicílios com rede de abastecimento, e 44,6% dos domicílios dependentes de “outra forma de abastecimento”, com o uso de rios, açudes, lagos, igarapés, poços ou nascentes, dentro ou fora da aldeia, o que interfere no isolamento social recomendado pelas autoridades sanitárias (IBGE, 2010).

O tipo de habitação e a quantidade de moradores em cada uma também afeta o controle da disseminação do vírus, bem como a existência de trabalho comunitário e a partilha de alimentos (KAPLAN et al., 2020). De acordo com o Censo de 2010, 19,7% das moradias contavam com unidades domésticas estendidas, compostas por responsável, cônjuge, filhos e outros parentes, e 2,5% tinham unidades compostas, com responsável, cônjuge, filhos, parentes e não parentes. Além disso, 12,6% das habitações são representadas por ocas ou malocas, as quais são usadas por várias famílias. Todos esses aspectos habitacionais vão de encontro ao necessário para o isolamento (IBGE, 2010).

Outrossim, a condição econômica de pobreza de grande parte dos indígenas os coloca em maior vulnerabilidade (KAPLAN et al., 2020). O Censo de 2010 indicou que 52,9% dos indígenas não tinham rendimento fixo, enquanto apenas 1,5% da população indígena recebia mais de 5 salários mínimos (IBGE, 2010). Devido a essa realidade, muitas comunidades indígenas buscam desenvolver laços com o mercado. A crise da COVID-19, por afetar esses mercados externos, afetam também a população ligada a eles (KAPLAN et al., 2020). A realidade econômica dessa parcela populacional faz com que ela seja totalmente dependente de políticas públicas, as quais, por vezes, são ineficazes e até inexistentes pela marginalização e preconceitos que são destinados aos indígenas.

3. NOTAS FINAIS

A partir das análises feitas no presente estudo, concluímos que a população indígena, ao ser caracterizada como minoria social, não é alvo de políticas públicas eficazes para amenizar suas vulnerabilidades, o que torna essa parcela populacional mais suscetível à

infecção pelo novo coronavírus. Apesar de terem sido notificadas mais de 3.000 casos de infecção, poucos são os estudos acerca das comunidades indígenas e suas vulnerabilidades perante a COVID-19, com ausência de dados concretos e críticos, além de ausência de medidas capazes de barrar a dispersão do vírus pelos territórios.

Sugere-se, com isso, uma análise crítica e específica sobre a população indígena, habitante das áreas urbanas ou rurais, além dos indígenas isolados ou de recente contato, com base na diversidade sociocultural, epidemiológica e logística dela. É necessário que a formulação de Planos de Contingência seja realizada em parceria com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O fortalecimento dos serviços do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena também é essencial, com ações de detecção, notificação, investigação e monitoramento dos possíveis casos de infecção entre os indígenas.

REFERÊNCIAS

AMIGO, Ignacio. Indigenous communities in Brazil fear pandemic's impact. 2020; DOI:10.1126/science.abc2772.

BRASIL. Painel coronavírus. **Coronavírus Brasil**. 21 maio 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15/06/2020.a

BRASIL. **COVID-19 e os Povos Indígenas**. [S. l.]. Disponível em: <<https://covid19.socioambiental.org/>> . Acesso em: 15 jun. 2020.b

FERRANTE, Lucas; FEARNSIDE, Philip M. Protect Indigenous peoples from COVID-19. **Science**, v. 368, n. 6488, p. 251-251.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. [S. l.]. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>> . Acesso em: 15/06/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [S. l.]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15/06/2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19**. Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University CSSE. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

KAPLAN, Hillard S. et al. Voluntary collective isolation as a best response to COVID-19 for indigenous populations? A case study and protocol from the Bolivian Amazon. **The Lancet**, 2020; DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31104-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31104-1).

LUCIANO, Gersem dos Santos. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. **Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade**, p. 90, 2006.

MENESES-NAVARRO, Sergio et al. The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, p. 1-3, 2020; DOI: 10.1186/s12939-020-01178-4.

MINISTÉRIO da Saúde. [S. l.]. Disponível em: <www.saude.gov.br> . Acesso em: 15/06/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. Folha informática COVID-19. Disponível em: <<https://bit.ly/3kjVevs>> . Acesso em: 15/06/2020.

POWER, Tamara et al. COVID-19 and Indigenous Peoples: an imperative for action. **Journal of Clinical Nursing**, 2020.; DOI: 10.1111/jocn.15320.

THE INDIGENOUS WORLD. [S. l.]. Disponível em: <<https://www.iwgia.org/en/resources/indigenous-world>> . Acesso em: 31/05/2020.

VALVERDE, Ricardo. **Relatório avalia disseminação da COVID-19 entre indígenas**. Agência FIOCRUZ de Notícias: FIOCRUZ, 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-avalia-disseminacao-da-COVID-19-entre-indigenas>> . Acesso em: 15/06/2020.

VIEIRA, Cristina Mesa et al. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. **Maturitas**, 2020; DOI 10.1016/j.maturitas.2020.04a.004.

ZAVALETA, Carlos. COVID-19: review Indigenous peoples' data. **Nature**, v. 580, n. 7802, p. 185, 2020; DOI: 10.1038/d41586-020-01032-1.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733, jan. 2020.



PARTE 3

A ATENÇÃO À SAÚDE
E A PRODUÇÃO
DE CUIDADOS
EM CENÁRIOS DE
PANDEMIA

(RE)ORGANIZAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE EM UM CONTEXTO PANDÊMICO: TRANÇANDO EXPERIÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS DO RECIFE/PE

Adriana Lobo Jucá

Carla Caroline Silva dos Santos

Jucianny Medeiros Araújo

Luana Padilha da Rocha

Maria Soraida Silva Cruz

Thatiana Ferreira de Vasconcelos

Túlio Romério Lopes Quirino

1. INTRODUÇÃO

Pouco mais de 100 dias da sua chegada ao território brasileiro, a COVID-19 já havia ultrapassado a marca de um milhão de casos confirmados no país, registrando mais de 50 mil óbitos (BRASIL, 2020). Frente à pandemia, os sistemas públicos de saúde de caráter universal, por se revelarem como aqueles que mais obtêm sucesso na manutenção da situação de saúde da população, apresentam grande potencial de êxito na produção de respostas (GIOVANELLA et al, 2018; OLIVEIRA et al, 2020). Uma das principais características destes sistemas é a valorização e organização de cuidados primários em saúde, de base territorial e comunitária, ofertados como prerrogativa para a garantia da qualidade de vida das pessoas (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2015).

Entendemos que, se por um lado, a pandemia da COVID-19 apresenta desafios aos sistemas de saúde, por outro, seu enfrentamento pode produzir oportunidades para fortalecê-los. No Brasil, evidenciamos as potencialidades do SUS, sistema composto por uma complexa rede de cuidados e atributos, como a Atenção Primária à Saúde (APS), com histórico exitoso em situações também desafiadoras da saúde e capaz de executar cuidados em saúde nos mais diversos territórios do país, sendo, portanto, um importante dispositivo político e social para enfrentar e superar o desafio posto.

Em um cenário pandêmico, a APS constitui ferramenta primordial para a manutenção da atenção à saúde, operando numa dupla função: ordenar a assistência e coordenar o cuidado (FAUSTO et al, 2018). Porta de entrada preferencial do SUS, seu pleno funcionamento garante o correto direcionamento do fluxo assistencial, de maneira acessível e atinente às demandas comunitárias, visando não sobrecarregar os serviços de suporte e a atenção hospitalar na rede de saúde (SOLLA; PAIM, 2014; GIOVANELLA et al, 2018). Ante à COVID-19, tal lógica organizativa oferece suporte territorial vigilante, que possibilita monitorar casos e prevenir seu agravamento, através do acompanhamento de casos leves.

A pandemia impulsionou as equipes gestoras locais à reorganização dos fluxos assistenciais e oferta de cuidados em saúde por toda a rede, tendo em vista as medidas de distanciamento social adotadas. Tal reorganização apresenta impactos importantes no trabalho desenvolvido pelas equipes de APS, as quais acabam por descontinuar o acompanhamento da população em algumas ações de cuidado rotineiras do território.

No caso da realização dos atendimentos domiciliares, por exemplo, a ênfase no distanciamento social impõe restrições, sendo mantidos apenas para casos considerados de estrita necessidade, e desde que sejam respeitadas as medidas de proteção à saúde de profissionais e usuários. Também devido ao distanciamento, atividades educativas, como grupos e salas de espera, foram suspensas, assim como boa parte das atividades territoriais, estando os profissionais praticamente restritos às dependências físicas das unidades de saúde, numa lógica que parece subverter a atuação comunitária e territorial da APS.

É a partir deste panorama que se desenvolve a escrita deste texto, o qual busca discutir as (im)possibilidades da oferta e manutenção de cuidados em saúde, em perspectiva domiciliar e territorial, num cenário adverso, a partir de reflexões de seus/suas autores/ autoras situados/as em múltiplos papéis no âmbito do SUS, seja como profissionais atuantes em equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (no NASF-AB, em Recife-PE), seja como pesquisadores/as implicados/as sociopoliticamente e comprometidos/as com o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro.

2. A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DOMICILIARES NO CONTEXTO DA APS

No cenário da APS e principalmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), os cuidados domiciliares (CD), desenvolvidos através dos atendimentos e visitas domiciliares (VD), são uma ferramenta de trabalho essencial para garantir o cuidado longitudinal e integral à saúde. Logo, devem fazer parte da dinâmica de trabalho das equipes multiprofissionais, aproximando o profissional do cotidiano familiar, das particularidades dos sujeitos, permitindo um olhar ampliado da dimensão multifatorial do processo saúde-doença-cuidado, para além do modelo biomédico (CHIMBIDA; MEDEIROS, 2016; PINHEIRO, 2019).

AVD, dentre as definições de tecnologias em saúde, é considerada uma tecnologia leve, pois não necessita de máquinas para sua execução e se utiliza essencialmente das relações

humanas estabelecidas (LIMA, LOPES, 2016). Isto não reduz a complexidade do seu fazer, visto que envolve ferramentas de cuidado, como escuta qualificada, acolhimento, formação de vínculo, orientação e educação, favorecendo, a partir do diálogo e do compartilhamento de saberes, a apreensão da realidade do sujeito, gerando corresponsabilização para enfrentamento dos problemas encontrados (BEZERRA; LIMA; LIMA, 2015; ROMANHOLI, CYRINO, 2012).

Dessa forma, a VD e as práticas que se desenvolvem a partir dela, quando realizadas de maneira planejada, sistematizada e respeitando os direitos dos usuários, ultrapassam a dimensão assistencialista dos cuidados em saúde e enfatizam o usuário em seu contexto de vida enquanto protagonista das decisões que envolvem seu ser individual e coletivo (LEONARDI, 2018; MAHMUD, 2018).

O planejamento e sistematização dos CD estão interligados de forma dinâmica a outras ferramentas organizadoras do processo de trabalho, potencializando-as. Nesse sentido, podem-se elencar algumas prioridades para a efetivação dos CD, como compreender quais as demandas do sujeito e família, discutir o caso com a equipe de referência para definir estratégias, solicitar retaguarda à equipe de apoio matricial e identificar elementos da rede de saúde, de serviços intersetoriais e do próprio território que possam contribuir com a resolutividade da demanda apresentada (LEONARDI, 2018).

O registro sistemático das ações pactuadas e realizadas fornece subsídios para a elaboração do projeto terapêutico singular, assim como a utilização de ferramentas como o genograma e o ecomapa também possibilitam a compreensão das relações dinâmicas entre o contexto familiar e social da pessoa assistida.

3. A REORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DOMICILIARES ANTE À COVID-19

Com a pandemia, a VD, como ferramenta de cuidado, necessitou ser repensada para garantir a segurança dos profissionais e usuários. Os tensionamentos de sua prática perpassam a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o risco de contaminação de pessoas mais vulneráveis, o quantitativo de profissionais para o atendimento compartilhado, a redução dos turnos de visitas, a restrição dos critérios de elegibilidade etc. Outra dificuldade está no funcionamento das equipes da APS, no que compete a: frequência, local adequado nas unidades e limite de participantes nas reuniões para discussão dos casos. Algumas das articulações com a rede de serviços também se tornam difíceis, visto as reconfigurações do trabalho destes em meio à pandemia.

As limitações ao contato físico não podem ser completamente superadas nesse momento, mas como repensar o formato dos CD a partir destas dificuldades? Este constitui mais um desafio às equipes da APS, considerando a realidade de cada território adscrito, dos protocolos sanitários e das recomendações dos conselhos de classe. Todavia, em um cenário de restrição de VD, iniciativas de acompanhamento remoto têm sido colocadas

como alternativas para manter os CD, por meio de contatos via telefone ou aplicativos de mensagens. Tais iniciativas, em geral, são também utilizadas no monitoramento de casos suspeitos e/ou no acompanhamento de grupos prioritários, principalmente daqueles considerados como população de risco para a COVID-19.

4. ORDENAMENTOS SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL: CONSIDERANDO ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DOMICILIAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

No início da pandemia, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2020) trouxe recomendações quanto à reorganização da APS para manutenção da continuidade dos serviços essenciais durante o estágio de transmissão comunitária. O objetivo era preservar a capacidade operacional do primeiro nível de atenção à saúde, a fim de evitar a deterioração no atendimento de outras prioridades de saúde da população.

As ações incluíam atividades de seguimento e monitoramento dos grupos de risco, como pessoas com deficiência, pacientes com doenças crônicas e doenças transmissíveis, atenção pré e perinatal a recém-nascidos e menores de um ano, atenção à saúde sexual e reprodutiva, atenção à população idosa, com foco no idoso maior de 80 anos ou que mora sozinho e depende de cuidados, e saúde mental, utilizando modalidades como atendimentos domiciliares, teleatendimentos, ligações telefônicas ou telemensagens.

Diante desse cenário, os Conselhos de Entidades de Classe publicaram resoluções e normativas para a realização de atendimentos à distância e outras diretrizes, orientando a reorganização dos processos de trabalho das diversas categorias profissionais, mantendo a assistência aos usuários em meio ao estado de calamidade pública vivido (Quadro 1).

Nesse contexto, abordaremos a experiência vivida por quatro Equipes Nasf (eNasf) da cidade do Recife, no âmbito do redesenho dos CD durante a pandemia. Cabe considerar que a rede de saúde do município possui vinte eNasf distribuídas em oito Distritos Sanitários (DS), estando as equipes produtoras desse relato vinculadas aos territórios dos DS I, VI e VIII.

Quadro 1. Recomendações acerca da realização de atendimento domiciliar no âmbito da pandemia da COVID-19 por Conselhos de Entidades de Classe e outras instâncias.

Órgão	Circunscrição	Recomendações para atendimento domiciliar
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1)	Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte	Adotar critérios de prioridade de demanda para atendimento presencial; o profissional tem autonomia para definir o contato presencial com usuários que apresentem outras demandas, a partir de avaliação e discussão junto à própria equipe NASF e às equipes apoiadas; outros casos podem ter seguimento através de teleconsulta/telemonitoramento; durante atendimento, limita-se a presença do acompanhante a uma pessoa, quando estritamente necessário, e profissionais devem utilizar EPI adequados à demanda; agenda de visita domiciliar organizada para uma residência por turno, a fim de reduzir o risco de transmissão, preferindo espaços externos e mais arejados (terraços, quintais) ou amplos e ventilados (para pessoas acamadas); adotar medidas de prevenção: evitar tocar em objetos e utensílios da residência, higienizar as mãos, utilizar e higienizar suprimentos próprios, descartar materiais não reutilizáveis no destino correto.
Conselho Regional de Fonoaudiologia da 4ª Região (Crefono-04)	Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe	Os atendimentos domiciliares, ambulatoriais e hospitalares devem adotar todas as medidas de segurança para pacientes e profissionais, como a utilização de EPI e depósito para descarte de materiais de contaminação biológica, de acordo as medidas de biossegurança vigentes.
Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco - 2ª Região (CRP-02)	Pernambuco	Planejar, de forma criteriosa, as visitas domiciliares com a equipe multiprofissional, desde que sigam as recomendações de biossegurança; analisar, com a equipe do NASF e da Atenção Básica, a necessidade da realização de visitas domiciliares e atendimentos individuais, considerando a especificidade e a gravidade de cada caso; avaliar a possibilidade de migrar os atendimentos para o formato on-line, por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação - TIC, sempre que possível, observando as regras da Resolução CFP nº 04/2020; adotar todas as medidas de biossegurança preconizadas pela OMS, caso haja necessidade do atendimento domiciliar presencial, de forma a garantir os cuidados essenciais para as/os profissionais, o/a paciente e sua família.
Conselho Regional de Serviço Social da 4ª Região (CRESS-PE)	Pernambuco	As rotinas e fluxos devem ser revisitados no sentido de garantia da segurança, tais como: suspensão de grupos e atividades coletivas, de visitas domiciliares e atendimentos passíveis de agendamento futuro, priorizando o contato telefônico e eletrônico.
Conselho Regional de Nutricionistas 6ª Região (CRN-6)	Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte	Suspensão temporária das atividades profissionais presenciais dos nutricionistas e técnicos em nutrição e dietética nos serviços de alimentação e nutrição, exceto nos serviços de saúde que envolvam alta complexidade.
Secretaria de Saúde, Recife (RECIFE, 2020a)	Recife	Estão suspensas visitas domiciliares de rotina. O profissional NASF deve avaliar caso a caso junto a eSF a conveniência de realização das visitas domiciliares e somente realizá-la em casos de extrema necessidade a fim de evitar contato com os idosos já debilitados. Priorizar: pessoas com 60 anos ou mais, com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença cardíaca, doença renal crônica, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), imunossuprimidos, entre outras. O profissional deve usar a máscara cirúrgica no momento da visita domiciliar, além da lavagem frequente das mãos após a visita e quando não for possível, uso de álcool a 70%.
Coordenação Nasf-Recife (RECIFE, 2020b; RECIFE, 2020c)	Recife	O profissional NASF deve avaliar caso a caso junto a eSF a conveniência de realização das visitas domiciliares e somente realizar em casos de extrema necessidade a fim de evitar contato com os idosos já debilitados. As ações devem contribuir para o cuidado oportuno, em diálogo com a eSF, de acordo com casos prioritários.

*Nota: O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) recomenda que os profissionais que se mantiverem atuando sigam as orientações das autoridades sanitárias quanto a proteção individual e possibilidades de quarentena. Aos que mantiverem o atendimento clínico não presencial, devem atender o Art. 36 da Res. /CFN 599/2018.

5. A EXPERIÊNCIA NO TERRITÓRIO EM DIÁLOGO ENTRE EQUIPES: TRANÇANDO NOVAS MANEIRAS DE PRODUZIR O CUIDADO DOMICILIAR NA APS

Em março de 2020, com a determinação do Governo do Estado em evitar aglomerações devido à disseminação do coronavírus, o município do Recife publicou seu primeiro Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Primária à Saúde (RECIFE, 2020d), contendo diretrizes para o fazer profissional nesse nível de Atenção, no contexto da pandemia. No entanto, neste documento, o processo de trabalho das eNasf não foi abordado.

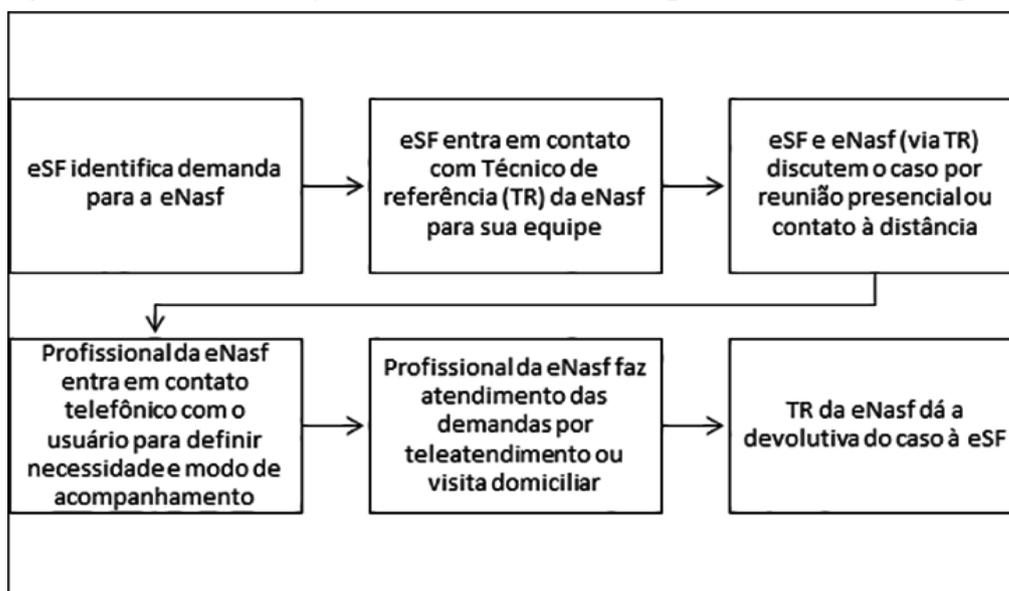
Embora algumas eNasf já estivessem trabalhando com atividades educativas, tanto com usuários quanto com equipes apoiadas, desde as primeiras confirmações de casos da COVID-19 no Brasil, a ausência de um direcionamento formal gerou inquietações sobre como deveriam continuar suas ações nos territórios acompanhados. Diante disso, eNasf do DS VIII começaram a construir recomendações para sua própria atuação, buscando garantir a retaguarda às equipes de Saúde da Família (eSF) apoiadas e, conseqüentemente, à comunidade, de modo seguro, com o mínimo de exposição e se pautando em atividades organizadas de acordo com as linhas de suporte do Apoio Matricial.

A partir da proposta destas eNasf, a coordenação municipal NASF-AB estruturou uma nota técnica abordando diretrizes de organização do processo de trabalho das equipes com alinhamento às disposições normativas então existentes no âmbito da pandemia. Com esse documento, as eNasf buscaram se organizar, fundamentadas nos elementos mais coerentes aos seus respectivos territórios, deliberando critérios singularizados para as demandas prioritárias, bem como à condução de atividades de cunho coletivo, diante das restrições de contato.

Com o distanciamento social, ações coletivas e técnico-pedagógicas passaram por modificações em sua estrutura e manutenção cotidiana. Atividades de grupos e reuniões presenciais realizadas com as equipes de referência foram suspensas, entendendo que sua manutenção poderia gerar riscos aos envolvidos. Apenas em ocasiões específicas, os encontros presenciais poderiam ser realizados, desde que ocorressem em espaço com disponibilidade estrutural para conceder segurança e proteção a usuários e profissionais.

Todavia, compreendendo a importância das reuniões para manutenção da assistência aos usuários já acompanhados e a iminência de novos casos que necessitassem de intervenções da eNasf, as discussões de caso e definições de condutas foram mantidas mediante utilização de ferramentas de contato à distância, ou por meio da representação de profissionais das eSF e dos respectivos técnicos de referência das eNasf, no espaço das Unidades de Saúde da Família (USF) (Figura 1).

Figura 1. Fluxo de atenção domiciliar estabelecido pelas eNasf durante à pandemia



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A manutenção destes espaços interequipes foi fundamental para a continuidade do trabalho desenvolvido, bem como para adequação das equipes às novas demandas alçadas pela pandemia. Vale destacar que, diante do número de protocolos lançados, quase diariamente em níveis federal, estadual e municipal, houve eNasf que percebeu a necessidade de discuti-los mais diretamente com os profissionais da eSF, em duplas ou trios, por meio de diálogos semanais, em cada USF, para evitar aglomeração.

As ações inseridas na dimensão clínico-assistencial, como os atendimentos presenciais, poderiam acontecer respeitando-se as necessárias adequações, sob o formato de consultas nas USF, nas VD ou em outros equipamentos do território. Uma alternativa foi a realização dos teleatendimentos, observando-se as regulamentações especificadas pelos respectivos conselhos profissionais (Quadro 1).

No que tange aos atendimentos presenciais, a eleição de casos novos foi guiada pela aplicação de critérios de priorização (Quadro 2), os quais foram discutidos junto às eSF apoiadas para pactuação e direcionamento das demandas.

As consultas na USF eram realizadas mediante a avaliação da necessidade e viabilidade pelas equipes, em horário previamente agendado, e com um número reduzido de atendimentos por turno, evitando aglomerações nas salas de espera. Para os casos que já estavam em acompanhamento pelas eNasf, foram realizadas discussões internas, estabelecendo o tipo de atendimento a ser ofertado a cada um, considerando as possibilidades em se manter a assistência remota, na modalidade de teleatendimento.

Quadro 2. Critérios de priorização para atenção domiciliar a casos novos.

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR
Gestantes com desvios nutricionais, hipertensão, alteração da glicemia; consulta na gestação e puerpério devido a implicações emocionais decorrentes das mudanças ocorridas nesses períodos; consulta puerperal devido a dificuldades na amamentação.
Crianças de risco sem acompanhamento (prematividade extrema, desnutrição, atraso no crescimento e desenvolvimento infantil).
Implicações psicológicas graves decorrentes do distanciamento social; medos, fobias, ansiedade; depressão; ideação suicida; automutilação.
Situações de violência, negligência e fome.
Afeções neurológicas recentes (até 6 meses do ocorrido), como Traumatismo Crânio Encefálico; pós Acidente Vascular Encefálico e lesão medular, quando não acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); pós-cirúrgico recente por fratura e amputação (até 6 meses do ocorrido); alimentação enteral (Sonda nasointestinal - SNE ou gastrostomia – GTT não acompanhado pelo SAD.
Consultas e seguimento de pacientes em investigação de doenças graves, Tuberculose e Hanseníase e de pacientes com diabetes e/ou hipertensão descompensados.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

As VD ficaram restritas aos casos estritamente necessários, seguindo a normatização do encontro em espaço peridomiciliar com os usuários. Em certas equipes, inicialmente, houve resistências entre os ACS à condução de visitas considerando os critérios pactuados, principalmente, em razão do indicativo sindical em não assentir sua realização. Critérios de risco ao adoecimento pela COVID-19 (tais como idade avançada e ter alguma doença crônica ou autoimune) também foram fatores que interferiram sobre a continuidade das VD.

Para enfrentar tais limitações junto aos ACS, algumas estratégias foram lançadas, dentre elas a realização de esclarecimentos acerca dos protocolos, por meio de ações de educação permanente em saúde. Uma das eNasf desenvolveu atividades de sensibilização quanto à VD, com o redirecionamento da demanda manejando a percepção do ACS no contato com a comunidade, assim como dos próprios usuários que relataram necessidades de cuidados de seus vizinhos em grupos de risco, e/ou que estavam impossibilitados de ir até a USF.

Vale ressaltar que para a realização de VD, além de serem obedecidos os critérios de priorização, também eram consideradas as condições do domicílio para o recebimento da eNasf. Em alguns casos, o próprio contexto da visita exigia a solicitação de veículo institucional

para favorecer o acesso da equipe ao usuário, o que ocorre nos casos de domicílios situados em territórios distantes, com difícil acesso, ou em áreas de risco marcadas por situações de tráfico e violência. Em geral, a disponibilidade do transporte é uma dificuldade enfrentada para algumas eNasf, o que inviabiliza a garantia da assistência.

Na reconfiguração do trabalho ante à COVID-19, casos novos e antigos que não se caracterizavam como urgência, ou que não se encaixavam nos critérios adotados para a realização de VD, passaram a ser acompanhados a partir de teleatendimentos, por se mostrarem mais viáveis em determinadas situações, onde poderia haver um potencial risco de contaminação para a família e o profissional. Essa modalidade passou a configurar como um novo formato de CD, uma vez que, mesmo aqueles usuários que não eram restritos ao domicílio, passaram a ficar no contexto da pandemia, sendo este recurso utilizado para reduzir idas a locais de risco, como as USF. Nesta direção, além dos critérios prioritários, uma das eNasf também estabeleceu linhas de frente para o trabalho, a partir das demandas mais frequentes que se apresentavam no território, incluindo o contexto da pandemia (Quadro 3).

Quadro 3. Linhas de frente para o trabalho definida por uma eNasf

Linhas de Frente	Descrição
Atenção a usuários com suspeita/confirmação de COVID-19	Destinada ao monitoramento via contato telefônico dos casos sintomáticos leves de síndromes gripais
Atenção ao ciclo gravídico-puerperal	Destinada às gestantes e puérperas até 42 dias de pós-parto
Atenção à saúde da criança	Destinada aos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos para vigilância do desenvolvimento infantil
Atenção à Saúde Mental	Destinada ao amparo emocional aos usuários devido a questões relacionadas ao isolamento e à situações de violência
Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	Destinada à estratificação de idosos vulneráveis que necessitam de cuidados essenciais domiciliares
Atenção em Reabilitação	Destinada ao cuidado de usuários acamados/domiciliados e seus cuidadores

Fonte: elaborado pelos autores, 2020

Para a incorporação dos teleatendimentos no seu processo de trabalho, cada eNasf desenvolveu estratégias próprias, visto que as condições estruturais dadas pela gestão municipal foram diversas, demarcando singularidades de acordo com o território distrital

de referência. Em uma das eNasf os teleatendimentos foram realizados por meio de ligações telefônicas da própria USF, pela indisponibilidade de recursos de vídeo-chamadas. Em outras foram adquiridos, com recursos próprios, um chip e um celular, com o estabelecimento de fluxos para seguimento, e rodízio de turnos/dias para cada profissional utilizá-lo. Todas as categorias profissionais da eNasf realizaram essa modalidade de atendimento de forma individual ou compartilhada.

Tais fluxos de seguimento são diferentes entre as eNasf, que também utilizaram recursos de mídias sociais (WhatsApp®) e plataformas digitais de comunicação (Skype®, Google Hangouts® etc), além das ligações telefônicas. Houve equipes em que o profissional Nasf realizava um contato inicial, explicando o atendimento, questionando ao usuário sobre a disponibilidade e interesse em participar, e agendando um novo dia e horário para a vídeo-chamada. Em outra eNasf, inicialmente o ACS da microárea era contatado para obter informações acerca das condições do usuário/família para o teleatendimento, e a partir disso eram definidas as modalidades a serem utilizadas. Nestes casos, o atendimento era agendado e, no dia da consulta, conduzia-se uma ligação telefônica ou chamada de vídeo, que, por sua vez poderia requerer a intermediação do ACS para encaminhar ao usuário o link do teleatendimento.

As eNasf também participaram do monitoramento dos usuários sintomáticos do território. Essa atividade de vigilância em saúde ocorria de forma a apoiar as eSF no acompanhamento dos casos, identificação precoce de agravamento e orientação correta aos usuários. Todos os pacientes atendidos via aplicativo disponibilizado pelo município ou nas Unidades de Referência para COVID-19 eram identificados pela vigilância e os dados enviados em uma planilha para as eSF, com monitoramento realizado a cada 24 ou 48h, conforme a classificação de risco do usuário.

Uma das eNasf criou um roteiro de teleatendimento com perguntas-padrão para informações sobre síndrome gripal, nível de orientação, aspectos comportamentais e emocionais, sinais de dor, medicação, alimentação, qualidade do sono, atividades de vida diária, condições de comunicação, situação socioeconômica e vacinação. Tais perguntas deveriam se ajustar às necessidades do usuário em atendimento, a exemplo das situações de cuidadores, crianças e pais, gestantes e nutrizes.

Para a organização do processo de assistência através do teleatendimento algumas equipes também elaboraram estratégias de registro. Como exemplo, foram criadas planilhas de registro das ligações, as quais se dividiram em: pacientes já acompanhados pelo Nasf, casos novos, monitoramento dos casos leves suspeitos de COVID-19, e manejo do luto das famílias diante das perdas (Ver Capítulo 12). Estas informações eram discutidas em eNasf e em reuniões com a eSF, num formato avaliativo do processo de trabalho. É importante destacar que, apesar destas novas formas de registros, os demais instrumentos já existentes no cotidiano de trabalho das equipes, como os prontuários, continuaram a ser utilizados.

6. NO TRANÇAR DAS EXPERIÊNCIAS: FRAGILIDADES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES

A pandemia da COVID-19 impulsionou mudanças nos sistemas de saúde por todo o mundo. No Brasil, seu enfrentamento levou estados e municípios a editarem medidas sanitárias de controle com orientações para que os profissionais de saúde passassem a considerar um novo cotidiano, marcado por restrições, precauções e contenções. Ante tal panorama, as equipes multiprofissionais adaptaram seus processos de trabalho, inserindo novos condicionantes na definição e reflexão sobre sua prática, tendo o desafio de não apenas dar continuidade ao cuidado já desenvolvido, mas também de não fragmentar a assistência.

A experiência vivida, além de acentuar algumas fragilidades já existentes no plano da assistência à saúde, como questões estruturais das USF, dificuldades de acesso a telefone, computador, internet, EPI e transporte institucional para realização de VD, trouxe novos desafios. Neste contexto, repensar os CD tornou-se uma questão premente, visto que as medidas de distanciamento social impõem barreiras ao seu desenvolvimento. É neste sentido que a incorporação de novos recursos e tecnologias digitais tornou-se alternativa para garantir a realização deste cuidado.

A possibilidade de realização dos teleatendimentos tomou alguns profissionais de surpresa, inclusive porque muitas categorias não tinham permissão dos seus Conselhos para ofertar essa modalidade de atendimento. Isso gerou dúvidas e incertezas quanto ao modo de operá-la com segurança e qualidade para usuário e profissional, o que necessitou de um tempo para adaptação.

O avanço da COVID-19 e a confirmação da transmissão comunitária no município, também promoveu a reorganização dos processos de trabalho a partir da redistribuição de tarefas e do reforço à multiprofissionalidade e à transdisciplinariedade do NASF-AB, haja vista que muitas eNasf tiveram profissionais afastados dos territórios, devido às condições de enquadramento em grupos de risco como gestantes, diabéticos, hipertensos e pessoas imunodeprimidas, que seguiram trabalhando em esquema *home office*.

O uso das ferramentas para acesso remoto também não era algo do cotidiano de alguns profissionais, o que ocasionava situações de estresse para acolher a demanda e dar seguimento aos casos. Problemas com conexão à internet e dificuldades de compreensão por parte dos usuários somavam-se a isso. Há que considerar ainda que o teleatendimento não constitui uma oferta universal, pois nem todos os usuários possuem acesso às ferramentas utilizadas, sendo necessário ponderarmos o alcance de tal estratégia, dada a possibilidade de que acabe por interpor novas barreiras assistenciais.

No que se refere às VD, a condição de ser realizada em espaço peridomiciliar, impede a avaliação clínica mais detalhada, principalmente a física. Também diminui o olhar mais preciso sobre o ambiente e contexto domésticos, restringindo as possibilidades de intervenção. Além disso, há comprometimento da privacidade do atendimento, prejudicando,

especialmente, as demandas de saúde mental, vulnerabilidade social e violência. Logo, esse formato não contempla as necessidades de alguns usuários e, excepcionalmente, podem ser realizadas visitas intra-domiciliares, a exemplo de pessoas acamadas.

Ao passo que surgem os desafios, com eles vêm também as potencialidades do processo. Com a pandemia, é fundamental destacar o protagonismo das eNasf. Os profissionais precisaram se reinventar e inovar seu fazer profissional, recuando em algumas atividades de rotina, mas propondo novas formas de organização que garantissem uma retaguarda de qualidade às eSF, tentando manter o suporte à comunidade, mesmo diante de tantas incertezas e dificuldades.

A utilização das ferramentas de contato à distância trouxe celeridade e segurança para a oferta de CD no contexto atual, permitindo a continuidade da atenção ao longo do tempo. Através dos teleatendimentos também é possível realizar atendimentos compartilhados com mais frequência, o que pode auxiliar na resolutividade dos casos.

O crescimento da perspectiva digital na saúde obteve grandes avanços durante a pandemia, inclusive com a validação da realização de teleatendimentos por diferentes categorias profissionais, mas é preciso encarar os seus perigos. Essas novas formas de atuação, mesmo após a pandemia, seguirão como recursos importantes para potencializar o processo de trabalho do Nasf, porém é imprescindível destacar que, apesar dos seus benefícios, o teleatendimento não substitui o valor das consultas presenciais. É através da presença, do olhar e do toque que se consegue estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre usuário e profissional, o que se torna um alicerce importante para a longitudinalidade do cuidado na APS.

Percebemos que os usuários têm demonstrado gratidão pela manutenção do cuidado, ainda que através de teleatendimento, sentindo-se prestigiados pela assistência. Mesmo quando se trata do primeiro contato é possível perceber a construção do vínculo a partir da escuta qualificada e acolhedora. À medida que percebem a atenção, muitos usuários acabam trazendo demandas de outras pessoas da casa que antes não acessavam a USF, permitindo a ampliação do cuidado para toda a família, com destaque para a assistência à saúde da população masculina, a qual habitualmente é mais distante do cotidiano dos serviços.

Importa ressaltar ainda que os espaços de educação permanente desenvolvidos, com discussões em pequenos grupos e produção de materiais, potencializaram a identificação e sustentação de assistência aos usuários de grupo de risco e/ou sintomáticos de COVID-19, ampliando a capacidade de resolução, principalmente para o ACS, com reforço das orientações de isolamento e fluxos de atendimento.

Por fim, entendemos que as adaptações e incorporações relatadas neste texto são originadas em um contexto de adversidades, e como tal, sendo estas superadas, outras formas de cuidar, agora passíveis de novas combinações, podem ser engendradas, sem, no entanto, perder de vista a perspectiva do cuidado universal, integral e humanizado. Por isso, é

preciso estar atentos e resistir às investidas neoliberais sobre os sistemas de saúde que visam transmutá-los, saindo de um modelo de atenção universal para uma perspectiva seletiva de cuidados. Este projeto está em curso há algum tempo, e sob o mote do enfrentamento à COVID-19 deu mais um passo importante.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. I. C.; LIMA, M. J. M. R.; LIMA, Y. C. P. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **SANARE**, Sobral, V.14, n.01, p.76-80, jan./jun. - 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Brasil* [Internet]. 2020 Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

Acessado em: 23/06/2020.

CHIMBIDA, G. N.; MEDEIROS, V. A. A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim. **Sinapse Múltipla**, 5(2), dez., 73-86, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO. **Diretrizes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região – CREFITO-1 – para a Atenção Básica**. Ofício de 09 de junho de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 4ª REGIÃO. **Diretrizes para a retomada dos atendimentos fonoaudiológicos seguindo o plano de flexibilização de atividades dos estados**. Nota de orientação CRFA 4 nº 1, de 4 de maio de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 6ª REGIÃO. **Recomendações acerca das atividades presenciais dos nutricionistas e técnicos em nutrição e dietética em serviços públicos e privados**. Decisão CRN-6 Nº 02/2020 de 17 de março de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 2ª REGIÃO. **Estabelece o Protocolo do Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco para o Plano de Convivência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para Enfrentamento da Pandemia de Coronavírus - COVID-19 (Junho/2020), para atuação das/os profissionais da Psicologia, em razão das medidas sanitárias decorrentes da pandemia do coronavírus (COVID-19)**. Resolução CRP-02 nº 002 de 10 de junho de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 2ª REGIÃO. **Protocolo do Conselho Regional de Psicologia para o Plano de convivência da secretaria estadual de saúde de Pernambuco para enfrentamento da pandemia do Coronavírus - COVID 19.** Protocolo de 08 de junho de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE PERNAMBUCO (CRESS – 4ª REGIÃO). **Nota do CRESS-PE com orientações sobre a atuação de assistentes sociais no contexto do COVID-19.** Nota de 18 de março de 2020.

FAUSTO MCR, ALMEIDA PF, BOUSQUAT A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA MHM, MATTÁ GC, GONDIM R, GIOVANELLA L, (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p.369-405

GIOVANELLA L, MENDOZA-RUIZ A, PILAR ACA, ROSA MC, MARTINS GB, SANTOS IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc saúde coletiva.**; 23(6):1763-1776, 2018

GIOVANELLA L, STEGMÜLLER K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: ALMEIDA PF, SANTOS AM, SOUZA MKB, (Org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde.** Salvador: EDUFBA; 2015. p.19-44.

LEONARDI, F. G. Visitas Domiciliares: desafio à Atenção Básica e saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** Florianópolis, v.10, n.26, p.01-18, 2018

LIMA, R. A. S. S., LOPES, A. O. S. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Psic.* V.10, N. 32. Nov-Dez/2016.

MAHMUD, I. C.; KOWALSKI, C. V.; LAVAGNINI, B. T.; SCHUTZ, K. L.; STOBAUS, C. D.; TERRA, N. L. A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. **Pajar - Pan American Journal Of Aging Research,** [s.l.], v. 6, n. 2, p.01-72, 21 dez. 2018.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al . Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília , v. 29, n. 2, e2020044, 2020.
Doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Adaptação do primeiro nível de atenção no contexto da pandemia do COVID-19: intervenções, modalidades e áreas.* Nota técnica de 23 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3g9jDSi>>. Acesso em: 11/07/2020.

PINHEIRO, Juliana Vieira et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)

RECIFE. COORDENAÇÃO NASF-RECIFE. **Processo de trabalho do Naf no contexto de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19)**. Nota Técnica nº 01/2020 de 18 de março de 2020b.

RECIFE. COORDENAÇÃO NASF-RECIFE. **Processo de trabalho do Naf no contexto de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19)**. Nota Técnica nº 02/2020 de 22 de março de 2020c.

RECIFE. SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. **Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município do Recife**. Versão 4. Recife, 04 de maio de 2020 – Recife, Pernambuco, 2020a.

RECIFE. SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. **Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife**. Versão 1. Recife, 17 de março de 2020. 1ª edição – Recife, Pernambuco, 2020d.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.16, n.42, p.693-705, 2012.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; PAIM, Jairnilson Silva. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. IN: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 NO INTERIOR DE ALAGOAS

Roberta de Albuquerque Wanderley

Maria Deysiane Porto Araújo

Yasmin Vitória Silva Nobre

Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se configurado como objeto crescente de interesses e área prioritária nas políticas públicas de saúde, no Brasil e no mundo. Nos movimentos nacionais e internacionais de reforma dos sistemas de saúde, as propostas, em sua grande maioria, atribuem e posicionam a APS em um papel crucial, de porta de entrada e ordenadora do cuidado em todo o sistema de saúde.

Essa centralidade da APS se justifica por ser o nível de atenção à saúde mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, com alta capacidade resolutiva dos problemas de saúde presentes em uma determinada população e coordenar um conjunto de ações dos serviços dos demais níveis do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, apenas nos anos de 1990, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, posteriormente ampliado e rebatizado de Estratégia Saúde da Família, foi formulada e passou a ser implantada uma política de abrangência nacional, que atribuiu à APS um papel central na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política é apresentada hoje pelos governos dos três níveis federativos como prioritária para a reorganização do modelo de atenção à saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançado uma ampla extensão territorial, uma boa cobertura populacional, marcada pela capilaridade e legitimidade institucional (GIOVANELLA et. al., 2018).

Além da Estratégia Saúde da Família, a APS no Brasil, também é composta pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), constituídos por profissionais de diferentes categoriais profissionais que atuam de forma conjunta as equipes da ESF; as Academias da Saúde; os Serviços de Atenção Domiciliar; entre outras propostas de assistência, prevenção e promoção da saúde. Assim, APS no Brasil possui uma ampla cartela de serviços e processos de cuidados em saúde (FACCHINI, TOMASI, DILELIO, 2018).

O advento da pandemia da COVID-19 implicou em mudanças no funcionamento dos serviços de saúde e na oferta dos cuidados, em especial por meio da adoção de medidas de distanciamento social. Esse contexto pandêmico, também, trouxe diversas problematizações para o sistema de saúde e muitos desafios para a organização da assistência à saúde, a exemplo: como cuidar da população sem realizar aglomerações? Como a APS deveria funcionar na pandemia de COVID-19? Assim, esse texto tem como objeto de reflexão a atuação da APS em Arapiraca- AL nesse contexto da pandemia da COVID-19.

2. ORGANIZAÇÃO RESPOSTA À COVID-19 EM ARAPIRACA

Arapiraca é um município brasileiro localizado no estado de Alagoas, distante cerca de 128km da capital. Sua população foi estimada em 234.185 habitantes (ARAPIRACA, 2018), sendo assim, o segundo mais populoso do estado de Alagoas. A cidade localiza-se exatamente no centro do estado, o que a torna uma importante rota de passagem para as mais variadas áreas das cidades circunvizinhas e demais cidades. O sistema de saúde do município de Arapiraca é composto por um conjunto de serviços (públicas e/ou privadas) com o objetivo de promover, prevenir, assistir e reabilitar a saúde das pessoas e da população. A cobertura da ESF é de 96,38%, sendo 92,42% de cobertura do NASF-AB (ARAPIRACA, 2018).

Arapiraca compõe a 7ª Região de Saúde do estado, sendo referência para os 46 municípios pertencentes a 2ª Macro Região de Saúde de Alagoas, a rede de atenção à saúde municipal é composta por 02 Postos de Saúde, 07 Unidades Básicas de Saúde, 26 Unidades de Saúde da Família e 04 Centros de Saúde e 37 Unidades Básicas de Saúde (ALAGOAS, 2020a).

Arapiraca ainda dispõe de uma Central de Regulação de Urgência, Serviço Móvel de Urgência e de quatro Hospitais com atendimento de urgência e emergência e internação (um hospital público estadual e três hospitais privados conveniados ao SUS).

Além desta estrutura municipal de APS e dos serviços de maior complexidade, o Governo do Estado de Alagoas, visando o apoio estadual à 2ª macro região de saúde, no enfrentamento à COVID-19, instalou na cidade o Hospital de Campanha Dr. José Fernandes de Lima, após requisição administrativa da Maternidade Nossa Senhora de Fátima por parte da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e implantou uma Central de Triagem Estadual no Ginásio Poliesportivo Municipal João Paulo II.

Partindo da necessidade de planejamento para o enfrentamento local da pandemia, o município de Arapiraca, assim como em diversas outras localidades, começou a propor ações, por meio da elaboração de planos de contingência as quais deveriam nortear a atuação dos profissionais da APS (ARAPIRACA, 2020). Também foram lançados protocolos nacionais voltados à APS pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Acerca das alterações nos processos de trabalhos dos profissionais da rede de atenção à saúde em Arapiraca – AL, como exemplos, temos:

- Autorização do telemonitoramento e teleatendimento;
- Suspensão temporária de atendimentos eletivos para pacientes;
- Suspensão temporária dos processos de educação em saúde e reuniões das Unidades;
- Suspensão temporária das atividades da academia em saúde;
- Pré-natal com horário preservado para gestantes;
- Visitas domiciliares apenas para paciente com quadros agudos ou com síndrome gripal;
- Agentes de saúde modificaram a rotina das visitas mensais aos usuários;
- Autorização das transcrições de receitas médicas enviadas através de agente comunitários de saúde.

Além disso, serviços da rede de saúde especializada e alguns serviços de apoio fundamentais para a continuidade da assistência passaram por modificações, como exemplos temos:

- o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) interrompeu seus atendimentos e iniciou serviço de promoção e prevenção em saúde voltado aos profissionais que atuam no enfrentamento à COVID-19;
- o Banco de Aleitamento passou a realizar todas as coletas de leite materno nos domicílios das doadoras;
- os Centros de Atenção Psicossocial suspenderam seus atendimentos, mantendo apenas as consultas de urgência.

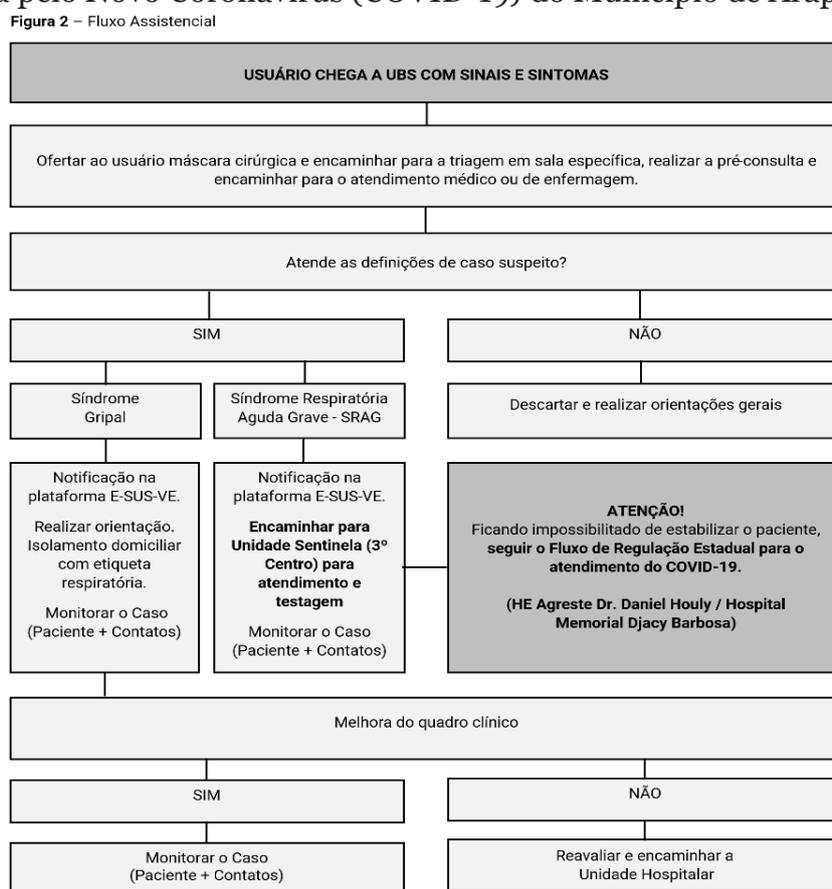
Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tiveram que se adaptar para acolher os pacientes suspeitos de síndrome gripal e, manter ao tempo, as outras demandas rotineiras das UBS, como vacina, curativos, doenças agudas, quadros crônicos descompensados, etc. Para isso, foram criados protocolos internos, com classificação do espaço da Unidade em áreas verdes e áreas vermelhas, destinadas respectivamente, para usuários sem suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 e aqueles com suspeita e diagnóstico, além das atividades de orientação para os profissionais sobre manejo de pacientes.

Nesse processo de reorganização dos serviços, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstram ser parte essencial neste cenário atual de pandemia, sendo o principal elo das equipes da ESF com a população, atuando de forma diferenciada. De modo a garantir o vínculo entre usuário e unidade. Dentre as ações desenvolvidas por eles destacam-se: comunicação via telefone ou outras tecnologia; realização de visitas presenciais, respeitando um distanciamento; coleta de informações sobre os usuários e suas famílias, observando a existência de a serem encaminhadas, a exemplo da necessidade de receitas de uso contínuo, vacinas, exames a serem realizados ou avaliados. Os ACS oferecem também orientações sobre o funcionamento da Unidade Básica de Saúde e informações preventivas relacionadas

a COVID-19, como acerca do isolamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos, higienização com álcool 70% e distanciamento em caso da necessidade de enfrentamento de filas, por exemplo.

Enfermeiros, médicos, odontólogos e outros profissionais da ESF tem trabalhado em conjunto para realizar triagem, atendimentos, vacinas, visitas domiciliares e auxiliar à vigilância epidemiológica, realizando notificações e monitoramento sincrônico de casos confirmados, e orientação para pacientes sobre seu fluxo de atendimento na rede, por meio de locais de consulta especializada, da realização de testes rápidos e exames, e do referenciamento de pacientes graves a outros pontos de assistência. A exemplo dessa nova realidade temos o encaminhamento dos pacientes com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave e com fator de risco às unidades de referência (Figura 1).

Figura 1. Fluxo assistencial recomendado no Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do Município de Arapiraca-AL.



Fonte: Prefeitura de Arapiraca, Secretaria de Saúde, 2020.

Em Arapiraca, a prefeitura do município estabeleceu duas referências importantes para o fluxo de atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios: a Unidade sentinela COVID-19 (Figura 2) e o Centro Síndrome Gripal (Figura 3). A Unidade Sentinela recebe pacientes mais graves encaminhados principalmente pela atenção primária e se necessário regula internação em hospitais de referência, realiza coleta de exames laboratoriais, regula a

marcação de exames de imagem e realizam testes rápidos para COVID-19. O Centro Síndrome Gripal atua como apoio as Unidades Básicas de Saúde para pacientes com sintomas gripais, classificando os pacientes clinicamente, garantindo seguimento clínico especializado aos pacientes encaminhados, realizando a administração de medicações e, também, realizam testes rápidos para COVID-19. Ambos funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Figura 2. Terceiro Centro de Saúde, em Arapiraca/AL, 2020. Unidade sentinela COVID no município.



Fonte: Os Autores.

Figura 3. Centro de Referência Integrado de Arapiraca (CRIA), em Arapiraca/AL, 2020. Centro Síndrome Gripal no município.



Fonte: Os Autores.

Com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020b) foi possibilitado o teleatendimento durante a pandemia, que antes era proibido pelo Conselho Federal de Medicina em sua resolução nº 2228/2019

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019), facilitando assim o acompanhamento dos casos e o acesso aos pacientes.

3. ALÉM DA PANDEMIA: A ATUAÇÃO DA APS E SEUS DESAFIOS

Devido a sua responsabilidade socio sanitária, e sua capilaridade, bem como o contingente populacional de usuários da APS em Arapiraca, um grande desafio atual é a garantia da atenção aos pacientes com doenças crônicas tendo em vista que, com a pandemia, passaram a ficar sem o acompanhamento e orientações constantes que recebiam, e, em longo prazo, há o receio no agravamento na morbimortalidade relativa a essas patologias.

Face a esse cenário e na busca por respostas e caminhos a seguir, uma das saídas encontradas está nas recomendações da Política Nacional de Humanização (SATO et al, 2015), ao estimular que os próprios profissionais dos serviços se apropriem do seu processo de trabalho, identificando os nós críticos e propondo alternativas viáveis para superá-los. A partir do empoderamento da equipe, é possível que surjam iniciativas inovadoras de transformação das práticas de saúde.

Outro desafio a ser enfrentado pelos profissionais é o aumento de casos diagnosticados e o agravamento dos quadros de pacientes atendidos no âmbito da saúde mental e da atenção psicossocial, como os quadros ansiosos e depressivos. Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental podem se manifestar desde reações esperadas de estresse agudo, por conta das adaptações à nova rotina, até agravos mais profundos de sofrimento psíquico (FIOCRUZ, 2020).

Além das questões sobre saúde mental, a educação em saúde, instrumento fundamental da APS, vem sendo prejudicada devido à proliferação de notícias falsas nas redes sociais, o que se agrava com a diminuição de contato com profissionais e a suspensão das atividades grupais e/ou coletivas, como as salas de espera e grupos, que possibilitam o compartilhamento de orientações e informações em saúde de forma esclarecida e efetiva. Neste contexto, uma das opções que poderiam ser adotadas pelas equipes é a criação de canais virtuais de comunicação, nas quais o usuário possa acessar conteúdos educativos ligados a modificações do estilo de vida, tratamento não medicamentoso de doenças crônicas, dicas sobre alimentação na infância e estímulo à amamentação. Pensando nas populações de alta vulnerabilidade sem acesso à internet e nas pessoas com baixa escolaridade, é viável, também, pensar em cartilhas informativas ilustrativas de fácil compreensão que possam ser trabalhadas facilmente pelos agentes comunitários de saúde, bem como estratégias de educação popular (adaptadas ao contexto da pandemia), segundo a singularidade de cada território.

Assim, são necessárias estratégias que ajudem a compreensão e criticidade do indivíduo por parte de todos os profissionais de saúde com sensibilidade à prática preventiva, o que deve ser pautado em técnicas elucidativas e dinâmicas que visem a interação com o público alvo e que permitam que estes entendam a necessidade de mudanças em seu estilo de vida (SANTOS, 2020).

Por fim, percebe-se que muitos desafios surgiram com a pandemia da COVID 19 e cabe à APS acolher seus usuários e garantir acesso, equidade, integralidade e universalidade a eles, mostrando a força e importância do SUS para a população. Além disso, a Estratégia da Saúde da Família deve se reinventar diante das dificuldades que surgiram sempre levando sempre em consideração que sua principal função é ofertar o melhor aos seus usuários e tentando ser mais próxima em um momento em que todos pedem distanciamento.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Estadual da Saúde. [S. l.] **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV**. Maceió, 2020. a. Disponível em: <<https://bit.ly/2X1Ir6V>>. Acesso 15/07/2020.

ALAGOAS. Secretaria Estadual da Saúde. [S. l.] **Fluxo de Atendimento ao Paciente em Alagoas Coronavírus 2019-nCoV**. Maceió, 2020.b

ARAPIRACA. Secretaria de Saúde [S. l.] **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do Município de Arapiraca-AL**. Arapiraca, 2020._

ARAPIRACA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - PMS 2018-2021**. Arapiraca, 2018. Disponível em: < <https://bit.ly/3051QpC>>. Acesso em 05/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [S. l.]. Disponível em: < <https://bit.ly/2OYt76V>>. Acesso: 05 de junho 2020.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, Sept. 2018 .

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. [S. l.] **Suicídio na pandemia COVID-19**. 2020.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1475-1482, Apr. 2020 .

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SATO, Mariana et al. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, Dec. 2015.

O LUTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thaís Camille Alves Gonçalo

Carla Caroline Silva dos Santos

Adriana Lobo Jucá

Vick Brito Oliveira

Isabelle Diniz Cerqueira Leite

1. INTRODUÇÃO

O SARS-CoV-2, um novo tipo de coronavírus que surgiu em Wuhan, na China em dezembro de 2019, provocou o surto de uma doença respiratória denominada de COVID-19, que disseminou-se por vários países, configurando-se pandemia em 11 de março de 2020 (WANG et al, 2020; ZHU et al, 2020; WHO, 2020).

A COVID-19 tem alta transmissibilidade, e cerca de 80% das pessoas infectadas podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas leves, dentre os quais se destacam febre, tosse seca, mialgia e fadiga, mas outros sintomas também foram relatados: dor de cabeça, tontura, dor abdominal, diarreia, náusea e vômito, perda do olfato e paladar. De 5% a 10% dos casos podem evoluir para insuficiência respiratória e resultar em morte, dependendo da faixa etária e presença de doenças crônicas tais como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares (YU; YANG, 2020; WANG et al, 2020)

Segundo dados oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS, até 17 de julho de 2020 foram confirmados no mundo 13.616.593 casos de COVID-19 e 585.727 mortes. No Brasil, o Ministério da Saúde registrou oficialmente, em 19 de julho de 2020, 2.098.389 casos confirmados e 79.488 óbitos. Já o estado de Pernambuco contabilizou 79.452 casos e 5.986 óbitos, com a maior parte dos casos concentrando-se na região metropolitana do Recife (BRASIL, 2020).

Diante da crescente demanda de casos, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta um dos maiores desafios desde sua implementação, estando à beira do colapso em alguns estados

brasileiros (NASCIMENTO; PACHECO, 2020). Como porta de entrada preferencial do SUS, a APS, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem um papel fundamental frente à pandemia do coronavírus no Brasil, atualmente reconhecida sob eixos de intervenção: desenvolvimento de ações de vigilância em saúde para bloqueio e redução dos riscos de expansão da epidemia, suporte a grupos de risco e em vulnerabilidade que precisarão de atenção especial neste contexto, além da continuidade das ações próprias da APS na sua rotina de promoção da saúde, prevenção de agravos e manutenção de cuidados (ABRASCO/REDE APS, 2020).

Por ser responsável pela ordenação do sistema e coordenação do cuidado, principalmente através do acompanhamento longitudinal, os profissionais de saúde da APS/ESF devem fazer o manejo e acompanhamento de pessoas e famílias acometidas pela COVID-19, ao longo do curso da doença, inclusive dando apoio ao luto, nos casos de ocorrência de óbito na família (BRASIL, 2020).

O luto, percebido como uma reação à perda, geralmente a perda de uma pessoa, é um processo vivido com variações, significados e expressões diversas (PARKES; 1998). Com o crescente número de óbitos, o evento morte se apresenta com frequência no cotidiano de um cenário de pandemia, que impõe particularidades e influencia na vivência do luto. O isolamento social, por exemplo, compromete rituais de despedidas, de apoio socioafetivo e homenagens, aspectos importantes para lidar com a morte e sua elaboração (FIOCRUZ, 2020a).

A peculiaridade do cenário tem gerado a produção de materiais informativos para profissionais de saúde e sociedade para auxiliar no processo de luto, como a cartilha produzida pela Equipe Vamos Falar do Luto (2020), o guia traduzido pela equipe Segura a Onda (2020) em parceria com a Rede de apoio às família vítimas de COVID-19 e Associação Brasileira de Estudos Cemiteriais, entre outros (FIOCRUZ, 2020a; 2020b).

Diversos fatores estão relacionados com o desenvolvimento do processo de luto e influenciam como complicadores e protetivos, como o vínculo, elencado como importante na relação paciente-família-equipe de saúde, que pode contribuir na percepção e prevenção de um luto complicado (BRAZ; FRANCO, 2017).

Nesse sentido, espera-se que as equipes da APS/ESF possam se destacar como elemento fundamental de suporte para o luto no contexto da pandemia, visto que constroem vínculos no cotidiano acompanhando o ciclo da vida, o processo saúde-doença-cuidado, a relação existência-sofrimento das pessoas e famílias que vivem, transitam, residem e morrem em seu território. Por meio dos atributos essenciais e derivados que compõem o processo de trabalho na APS/ESF (BRASIL, 2017), é possível considerá-la um dispositivo essencial para o manejo do luto de modo protetivo e sensível para a construção de planos de cuidado e identificação das complicações do luto de pessoas, família e comunidades impactadas pelas perdas.

No Brasil, além do número de mortes que ocorrem no contexto hospitalar, as mortes em domicílio despontam nos noticiários (MOTA, 2020; MADEIRO, 2020; LEITE, 2020; BOECHAT; BASSO, 2020). Fato que alerta e exige dos serviços de base territorial, como os dispositivos da APS/ESF, o manejo, com maior frequência, das expectativas diante do adoecimento, a possibilidade de agravamento rápido e morte, luto antecipatório, o óbito, o pós-óbito e os impactos na comunidade.

Estudos apontam as fragilidades no apoio ao luto, como: a dificuldade das equipes da APS acompanharem o processo (GONZAGA, 2019); o fato de o profissional de saúde não ser citado por pessoas em processo de luto como indicador favorável para elaboração e enfrentamento do luto (GONÇALVES; BITTAR, 2016); a lacuna de pesquisas avaliativas com o intuito de identificar dinâmicas familiares e seu funcionamento com maior risco para complicação do luto (DELALIBERA, 2015); e a insuficiência na formação básica dos profissionais de saúde diante das situações que envolvem perda (BRAZ; FRANCO, 2017).

Diante desse cenário, o trabalho tem como objetivo tecer considerações acerca do processo de trabalho na APS/ESF diante do contexto da pandemia de COVID-19, com ênfase no manejo e apoio ao luto nos territórios adscritos por equipes de Saúde da Família (eqSF), a partir de uma proposta de sistematização que pode auxiliar as equipes de saúde no desenvolvimento do cuidado integral com base territorial.

1.1 Contextualização da proposta de atuação da APS frente ao luto

A construção de uma ferramenta que pudesse auxiliar as eqSF no apoio ao luto no contexto da pandemia da COVID-19 surgiu a partir da experiência de profissionais de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no acompanhamento da rotina das eqSF nos seus territórios de cobertura, na cidade do Recife.

Em geral, o primeiro acolhimento ao luto do familiar acontece no ambiente hospitalar, com equipe/profissional destacado para a escuta. No entanto, nas circunstâncias da pandemia, muitos serviços têm adotado protocolo de comunicação de óbito por telefone, o que limita a possibilidade de acolhimento e direcionamento de assistência aos familiares. As pessoas enlutadas voltam para seus ambientes de convivência (casa/comunidade) ou já estão nos seus territórios quando recebem a notícia, e buscam retomar suas rotinas acompanhadas dos sentimentos diversos de tristeza e pesar.

Para a equipe Nasf, composta por profissionais de formações e percursos diversos, a atenção à família enlutada não inicia e não cessa no momento da notícia do óbito e ritual de sepultamento, a atenção é processual com o intuito de aliviar o sofrimento (FIOCRUZ, 2020b). A persistência e intensificação dos sentimentos de tristeza e pesar ao longo do tempo, a associação com mudanças comportamentais e/ou na rotina podem ser sinalizadores de dificuldade no enfrentamento da perda. Estes indícios são sensíveis às eqSF e equipes Nasf, que têm ainda, na figura do agente comunitário de saúde (ACS), a principal referência para informação e cuidado.

Considerando o retorno dos familiares às rotinas e ambientes de convívio e/ou a possibilidade de morte no domicílio, identificou-se a necessidade de construir uma ferramenta de suporte para as eqSF, que percebem dificuldades para apoiar o luto nos seus territórios. Tal construção pautou-se no trabalho em equipe com diversos atores nos serviços de saúde da extensa expansão territorial de cobertura Nasf e justificou-se na necessidade de compartilhar as percepções e compreensões vividas no saber-fazer da APS com outros núcleos, entendendo que a sistematização da experiência pode auxiliar e provocar diversas equipes de saúde, com ou sem cobertura Nasf, bem como outros dispositivos da APS.

A sistematização da experiência foi escolhida como percurso metodológico por partir da vivência concreta e fomentar a reflexão crítica, o enlace entre teoria e prática, intercambiar experiências e comunicar a aprendizagem, como proposto por Holliday (2006).

Destacamos que a ferramenta aqui intitulada “Fluxograma de Apoio ao Luto na APS no Contexto da COVID-19” não se trata de um instrumento inflexível e rígido, mas de uma instrumento de apoio passível de modificações e adequações para o processo de trabalho de cada equipe de acordo com seu território.

2. DESENHANDO POSSIBILIDADES PARA ASSISTÊNCIA AO LUTO NA APS

Para leitura do fluxograma (Figura 1) torna-se essencial entender a potência da APS/ESF como coordenadora do cuidado no território e na rede de assistência, a partir de planos de cuidado dinâmicos, com a participação do usuário/família/comunidade, da articulação dos recursos comunitários, socioafetivos e assistenciais de modo contínuo, destacando o ACS como ator fundamental (ALMEIDA et al, 2018).

O desenho do fluxograma partiu da compreensão da abordagem do luto de acordo com suas singularidades, as quais irão se dar sob tempos específicos para cada indivíduo/família/comunidade, de modo contextualizado, considerando elementos como os ciclos de vida, os níveis de compreensão para comunicação, cultura, espiritualidade etc. A isto deve se somar as concepções de família e relações de laços afetivos que são construídos socialmente entre as pessoas, principalmente em se tratando dos espaços de comunidade, em que a morte/perda exerce impactos coletivos importantes. No que se refere à condução das equipes de saúde, vale destacar a necessidade de uma postura aberta e acolhedora para o desenvolvimento da assistência em todas as etapas, assim como a relevância do trabalho em equipe na potencialização das respostas.

Diante da identificação dos casos confirmados e/ou suspeitos de COVID-19 no território, o andamento da assistência deve ser conduzido a partir da condição do indivíduo - com avaliação da gravidade do caso (leve, moderado ou grave) e da situação, quando hospitalizado ou em domicílio. Sempre buscando manter contato com os familiares através de estratégias de comunicação acolhedoras e empáticas que fortaleçam os vínculos entre equipe e família assistida.

Como critérios de avaliação de agravamento no domicílio foram considerados: possuir pelo menos uma das condições clínicas de risco e/ou apresentar algum dos sinais e sintomas de gravidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020). Para os casos que se enquadram em moderados a graves, o Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife (2020) recomenda encaminhamento do paciente para serviço de pronto atendimento mais próximo através de serviço de ambulância. Nestas circunstâncias as eqSF e Nasf devem manter seu papel de coordenadoras do cuidado realizando monitoramento da situação do paciente e família e desenvolvendo ações de apoio ao luto, a partir da perspectiva das perdas decorrentes do adoecimento e luto antecipatório.

Na caracterização de paciente de alto ou baixo risco, incluímos a avaliação de deterioração do estado de saúde utilizando a ferramenta Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Spict) para a identificação de critérios de terminalidade e melhor planejamento de cuidados (HIGHET et al., 2013), acrescentamos também a informação sobre resposta ao tratamento e o risco à vida mencionado pela equipe de saúde hospitalar. Este enquadramento contribui para a condução do cuidado, apontando para ações que proporcionem o acolhimento à família e a elaboração de estratégias de enfrentamento do luto antecipatório.

O luto antecipatório remete ao impacto das notícias diante da possibilidade da perda iminente, gera reações próximas à experiência do luto e antecede o desligamento das relações, nesse contexto sabe-se que estratégias para lidar com essa vivência antecipada de elaboração dos significados da morte auxiliam na experiência de validação após a perda real (CARDOSO et al, 2018).

As ações de apoio ao luto da família/comunidade propostas foram descritas no quadro 2 do fluxograma (Figura 1) e cada equipe deve se considerar as particularidades de seu território para desenvolvê-las. Destaca-se assim a importância do acompanhamento, seja virtual ou presencial, na perspectiva de uma assistência longitudinal.

A ferramenta se atenta para certa dificuldade que a pessoa possa apresentar no processo de luto, denominado de luto complicado, com indicações para o alerta das equipes de saúde, onde será necessário à atenção de um profissional de saúde mental (WORDEN, 2013).

Para condução do cuidado destacamos situações que o profissional/equipe deve estar atento, como: mudanças radicais de comportamento; dificuldades no autocuidado; alterações do estilo de vida e participação social; episódios e situações autodestrutivas; constante tendência ao isolamento; frequentes somatizações; e alterações do sono. É imprescindível considerar as singularidades de cada caso, a persistência e/ou intensificação dos sinais ao longo dos meses e a possibilidade de encaminhamento a um profissional/serviço especializado, além do suporte permanente de orientações à família (WORDEN, 2013).

O material vem sendo discutido com as eqSF na rotina das unidades de saúde, em matriciamentos com pequenos grupos de profissionais. A experiência tem apontado que a discussão do fluxo possibilita revisitar os significados do processo de morte/morrer para os profissionais, reconhecer as limitações para lidar com a temática, compartilhar inseguranças na abordagem e manejo, refletir sobre as peculiaridades da pandemia em relação aos rituais de despedidas, discutir casos de famílias que perderam entes queridos para a COVID-19, além dos casos de pessoas que não faleceram pela infecção e necessitam da atenção e cuidado.

Os encontros para a discussão tem fortalecido o vínculo entre os profissionais, com a identificação do trabalho em equipe como fator protetivo para lidar com as perdas das pessoas do território, em um dos matriciamentos, por exemplo, surgiu a ideia de um memorial coletivo, em um espaço público da comunidade, em homenagem às pessoas falecidas durante a pandemia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance e processo de trabalho das equipes da APS, com destaque para a coordenação do cuidado de modo longitudinal, fazem-se necessários e reforçam a importância dessas equipes nas estratégias emergenciais, como a vivida no atual contexto. A proposta do instrumento configura-se como uma possível estratégia.

A sistematização desta experiência, como propulsora para construção da ferramenta, possibilitou a reflexão, compreensão e qualificação do processo de trabalho na APS diante de um contexto complexo, assegurando tanto a perspectiva educativa quanto técnico-assistencial, características do trabalho multiprofissional desenvolvido pela APS, com ênfase na potência que pode alcançar com equipes amparadas pelos Nasf.

A elaboração da ferramenta evidenciou fragilidades para abordar e acompanhar o processo de finitude da vida na APS, o que aponta para a necessidade de qualificação dos profissionais e equipes para o manejo do luto para além da pandemia.

Apesar das dificuldades e fragilidades que a realidade impõe aos serviços, a experiência tem reafirmado o papel da APS na atenção à saúde mental, bem como da equipe Nasf como estratégia fundamental para o cuidado assistencial e como importante dispositivo de apoio ao processo de trabalho para as eqSF.

REFERÊNCIAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Fortalecer a ESF no enfrentamento da COVID-19**: posição da Rede APS da ABRASCO. Disponível em: <<https://bit.ly/2X1temi>>, Acesso: 10/05/2020.

ALMEIDA, P. F. et al . Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, Set. 2018.

BOECHAT, Y.; BASSO, G. Em São Paulo, número de mortes em casa dobra durante pandemia de COVID-19. **O Globo**. São Paulo, 26 de abril, 2020. Disponível em: <<https://glo.bo/304hKAp>> Acesso em: 26/05/2020.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/331J18v>>. Acesso em: 28/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus. Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade**. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/> Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAPS – Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <<https://bit.ly/30S8gaP>>. Acesso em: 25/05/2020.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, Jan. 2017.

CARDOSO, E. O. et al . Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018.

DELALIBERA, M. et al . A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1119-1134, Abr. 2015.

EQUIPE VAMOS FALAR SOBRE O LUTO? **Novos rituais de luto em tempo de pandemia**. Disponível em: <<https://bit.ly/3fa2Ahj>> Acesso em: 28/05/2020.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Processo de luto no contexto da COVID 19. **Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID 19**. Brasília, 2020a.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Cuidados paliativos: Orientações aos profissionais de saúde. **Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID 19**. Brasília, 2020b.

GONÇALVES, P. C.; BITTAR, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. **Mud Psc Sau**, 24, 1, Jan.-Jun. 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2BA7SVM>> Acesso em: 27/05/2020.

GONZAGA, R. M. C. **Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção primária**. 2019. 75f. Dissertação (Mestrado em saúde da família).

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em <<https://bit.ly/2X41yNP>>. Acesso em: 26/05/2020.

HIGHET G. et al. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (spict): a mixed-methods study. **BMJ Support Palliat Care**. 2013; 4(3):285-90.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2CWO5QW>>. Acesso em 28 mai. 2020.

LEITE, H. Mortes em casa crescem 20% no DF durante a pandemia de COVID-19. **Correio Braziliense**, Brasília, 7 de maio, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3jJSG9V>> Acesso em: 26/05/2020.

MADEIRO, C. Em abril, mortes em casa saltam 80% nas capitais com hospitais já lotados. **UOL Notícias**, Maceió, 15 de maio, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/32ZOxZj>>. Acesso em: 26/05/2020.

MOTA, C. V. Coronavírus: aumento de mortes em casa chega a 149% no Amazonas. **BBC Brasil**, São Paulo, 7 de maio, 2020. Disponível em: <<https://bbc.in/3g5vcJX>>. Acesso em: 26/05/2020.

NASCIMENTO, F. L.; PACHECO, A. D. E. S. D. Sistema de saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, 2, 5, 63-72. Disponível em: <<https://bit.ly/2OXNIYS>>. Acesso em: 25/05/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus). Disponível em: <<https://bit.ly/3oLClIU>> Acesso em 30/05/2020.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial. 1998.

SEGURA A ONDA; Rede de apoio às família vítimas de COVID; Associação Brasileira de Estudos Cemiteriais. **Guia para pessoas que perdem um ente querido em tempos de coronavírus**. Disponível em: <<https://bit.ly/3hNciZ3>> Acesso em 28/05/2020.

WANG, C. et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The lancet**. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)> Acesso em: 25/05/2020.

WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. **Jama**, 323, 11, 1061-1069. 2020.

Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2761044>>
Acesso em: 25/05/2020.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais de saúde mental. 4 ed. São Paulo: Roca, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus (2019-nCoV)**: situation report, 22. World Health Organization, 2020. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330991>>. Acesso em: 25/05/2020.

YU, X.; YANG, R. COVID-19 transmission through asymptomatic carriers is a challenge to containment. **Influenza and Other Respiratory Viruses**. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/irv.12743>> Acesso em: 25/05/2020.

ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. **N Engl J Med**. 2019. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>>
Acesso em: 25/05/2020.

ESTRUTURAÇÃO DA REDE LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM COVID-19: ANALISANDO TRÊS CENÁRIOS NO INTERIOR DA BAHIA

Edmilson Nascimento

Gleison Alves de Souza Batista

Juliane Caires dos Santos Macêdo

Ceanny Cristina Pinho Costa

Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho

Túlio Romério Lopes Quirino

1. INTRODUÇÃO

Configurando-se como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que operacionaliza as ações em saúde baseadas na universalidade, integralidade e equidade, a Regionalização é também eixo estruturante do Pacto de Gestão, o qual orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação regionais (BAHIA, 2012).

Um dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização da Saúde é o Plano Diretor de Regionalização (PDR). No estado da Bahia, o PDR divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde. Nestas regiões se dão todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI) (BAHIA, 2020a).

É considerando esta disposição organizativa que se desenvolve a escrita deste texto, o qual apresenta a constituição, organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em três municípios do interior do estado da Bahia, integrantes de diferentes Macrorregiões de Saúde, as quais vivenciam contextos relacionais distintos, e apresentam consideráveis diferenças geográficas, assim como de extensão territorial e de quantitativo de municípios que as compõem. Deste modo, partimos da caracterização territorial, apresentação e descrição das redes locais de serviços e de seus fluxos, e verificação dos aspectos de comunicação intersetorial/interinstitucional das diferentes realidades, de modo a refletir acerca da organização das ações de saúde em âmbito municipal e regional, no contexto do enfrentamento à pandemia da COVID-19, tendo como ponto de partida a Atenção Primária à Saúde (APS).

Embora pertencentes a distintas macrorregiões de saúde, os municípios baianos de Guanambi, Jequié e Porto Seguro, destacados para esta análise, apresentam em comum o fato de se configurarem cidades-polo em suas Regiões de Saúde. Tais regiões possuem razoável variabilidade no quantitativo dos municípios que a elas se aglutinam, bem como discreta diferença quanto à densidade populacional (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos Municípios analisados quanto à regionalização (BAHIA, 2012).

Município (Cidade- Polo)	População (IBGE, 2019)	REGIÃO DE SAÚDE			MACRORREGIÃO DE SAÚDE	
		Região	Municípios	População	Macrorregião	Municípios
Guanambi	84.481 habitantes	Região de Saúde de Guanambi	22 municípios	477.796 habitantes	Sudoeste	73 municípios
Jequié	155.966 habitantes	Região de Saúde de Jequié:	26 municípios	516.876 habitantes	Sul	67 municípios
Porto Seguro	148.686 habitantes	Região de Saúde Porto Seguro	08 municípios	388.876 habitantes	Extremo-Sul	21 municípios

Conforme o quadro, no que diz respeito à população por região, observamos uma maior aproximação entre os municípios de Guanambi e Jequié. No entanto, ao considerarmos o referencial da população por cidade-polo, há uma aproximação maior entre os municípios de Jequié e Porto Seguro.

Embora haja certa variabilidade de cenários, contextos e bases populacionais referenciadas, seja em nível regional, seja em nível local, a condição de Polo de Região de Saúde, simultaneamente experimentada pelos três municípios, nos permite assegurar certa aproximação entres suas realidades de saúde, haja vista que tal condição implica em necessidade de maior densidade estrutural e tecnológica na composição de suas RAS, de modo a atender às complexidades inerentes ao seu próprio território, bem como cumprir o papel de rede referenciada às cidades adjacentes.

De acordo com a NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002), o status de município polo, em conformidade com a definição da estratégia de regionalização estadual, determina que o município assume o papel de referência em média e alta complexidade para os demais municípios integrantes de sua região de saúde. Tal condição confere a estes municípios uma maior estruturação da rede local através de ampliada disponibilidade de equipamentos em seu território, sejam eles municipais, estaduais, mistas e/ou regionais. Interfere ainda na circulação de pessoas e usuários do SUS através dos processos migratórios, fator que, por um lado, favorece a movimentação da economia local, mas que, potencialmente, vem a impactar em cenários epidemiológicos.

Deste modo, os municípios de Guanambi, Jequié e Porto Seguro, além de ordenarem sob sua gestão uma rede de cuidados primários em saúde, também abrigam um conjunto de dispositivos de densidades tecnológicas distintas que servem à população da região à qual constituem referência. Tal característica comum observa os princípios fundamentais que estruturam o SUS, uma vez que o Brasil, ao adotar um sistema público e universal de saúde,

assume a responsabilidade em garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não se admitindo a limitação de seus atendimentos em serviços mínimos destinados à parcela menos privilegiada economicamente da população (BRASIL, 2011).

2. A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS MUNICIPAIS

A denominação Redes de Atenção à Saúde (RAS) designa um conjunto de serviços de saúde organizados poliarquicamente, os quais estão vinculados por uma missão única, compartilhando objetivos comuns, atuando de forma cooperativa e interdependente, na perspectiva de ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, sob coordenação de uma APS resolutiva, oportuna, eficiente, de qualidade e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

A descrição da RAS de um dado município é salutar, de modo a favorecer a compreensão de como se efetivam os fluxos e contra fluxos que implicam na assistência à saúde e na longitudinalidade do cuidado. A lógica de organização do SUS pressupõe a estruturação de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011). No tocante aos cenários municipais e composição das redes locais, frente aos equipamentos públicos de saúde, em Guanambi, Jequié e Porto Seguro, observamos a seguinte composição (Quadro 2):

Quadro 2. Caracterização das Redes Municipais analisadas quanto à estruturação (continua)

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NOS TERRITÓRIOS MUNICIPAIS				
ATENÇÃO BÁSICA	Pontos de Atenção Primária	Guanambi	Jequié	Porto Seguro
	Unidade Básicas (Tipo 1)	04	04	10
	Unidades de Saúde da Família	19	21	29
	Equipes de Saúde da Família	24	30	43
	Equipes de Saúde Indígena	-	-	05
	Equipes de Saúde Bucal	24	18	31
	Unidade de Saúde Prisional	-	01	-
	Núcleo Ampliado a Saúde da Família	02	-	04
	Academia da Saúde	01	-	02
	Unidade Móvel Clínico	-	01	-
	Unidade Móvel Odontológica	-	01	01

Fonte: SCNES/MS/SMS, 2020.

Quadro 2. Caracterização das Redes Municipais analisadas quanto à estruturação (conclusão)

	Pontos de Atenção Secundária	Guanambi	Jequié	Porto Seguro
	Policlínica	01	01	01
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	02	01	01	
Unidade de Pronto Atendimento	01	01	03	
Ambulatório de Saúde Mental	-	04	01	
Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física	-	01	01	
Centro de Atendimento Especializado	01	01	01	
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	02	02	03	
Centro de Especialidades Odontológicas	01	01	01	
Centro de Referência em Saúde Sexual (DST/HIV/AIDS)	01	01	01	
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	-	01	-	
Centro de Referência em Doenças Endêmicas	-	01	-	
Unidade de Vigilância em Zoonoses	-	-	01	
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)	01	01	01	
Laboratório Municipal	01	01	01	
	Pontos de Atenção Terciária	Guanambi	Jequié	Porto Seguro
Hospital Geral	01	01	01	
Hospital Municipal	01	-	-	
Hospital Filantrópico	-	01	-	

Fonte: SCNES/MS/SMS, 2020.

Os cenários destes municípios demonstram a existência de equipamentos de saúde nos três níveis de atenção: a) primário, representado pelas unidades da rede básica, os quais configuram o acesso ao sistema de saúde; b) secundário, representados pelas unidades de atenção de média e alta complexidade e ambulatorial; e, c) terciário, representado pelas unidades de atenção hospitalar.

Os pontos de atenção secundários e terciários configuram-se como pontos de diferentes densidades tecnológicas, os quais servem de apoio aos serviços da APS, através da execução de ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico (SOLLA e PAIM, 2014). Sendo válido ressaltar que no cenário público descrito, há ainda a rede complementar de saúde, representada pelas unidades conveniadas SUS.

O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, os quais precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Aqueles que não forem resolvidos neste nível, deverão ser referenciados para os serviços ambulatoriais especializados ou hospitalares (CHIORO e SOLLA, 2008).

Principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a RAS, a APS deve se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação,

a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020a). Desse modo, a APS funciona como um filtro que possibilita a organização dos fluxos assistenciais na rede de saúde, equacionando desde os mais simples aos mais complexos.

Nesse sentido, no tocante à cobertura da APS, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco (BRASIL, 2020a), os municípios aqui descritos possuem os seguintes percentuais de cobertura: Guanambi, 98,01%; Jequié, 66,36%; e Porto Seguro, 99,77%, conforme apontado no Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (BAHIA, 2020b). Frente a estes percentuais, excetuando-se o município de Jequié, é possível supor que mediante as características e capilaridade da APS, nos municípios que possuem cobertura acima de 90%, há *a priori* logística estrutural para o pleno atendimento da população em suas necessidades.

Tendo em vista que a APS é o nível imediato de acesso e reconhecimento das necessidades de saúde da população, esta precisa estar apta a responder desde as necessidades crônicas de saúde apresentadas em sua população, às necessidades emergidas diante de situações sanitárias adversas (FAUSTO et al, 2018), como surtos, epidemias e/ou pandemias, a exemplo da COVID-19 observada na atualidade.

Ponderamos que não apenas os aspectos quantitativos devem ser considerados para análise da efetividade das ações em saúde, mas também, e talvez prioritariamente, os aspectos qualitativos devam ser tomados como referenciais para verificar a consolidação das propostas e cumprimento dos princípios que se propõem à APS.

3. GUANAMBI, JEQUIÉ E PORTO SEGURO: DESAFIOS ANTE À COVID-19

Ao final do ano de 2019, o novo coronavírus foi identificado como agente causador da COVID-19, apontado como responsável por uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China (KENNETH, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo SARS-CoV-2, constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada pela OMS como pandemia (OPAS, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 disseminou-se rapidamente para diversos países em todo o mundo, apresentando elevado índice de contaminação e acometimento de doença respiratória. O agravamento dos quadros respiratórios desencadeou a ocorrência de números alarmantes de óbitos, especialmente entre pessoas situadas nos grupos de risco, como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros.

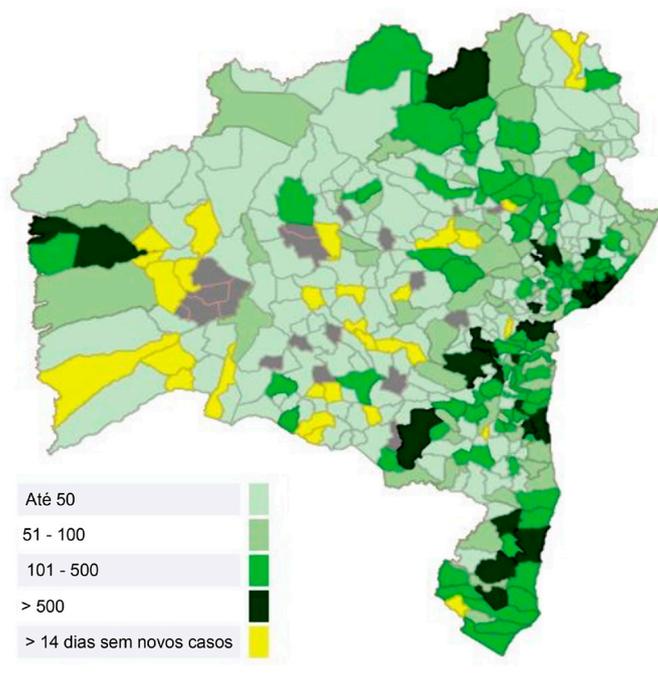
No estado da Bahia, o primeiro caso foi confirmado na data de 06 de março, tratando-se de uma mulher de 34 anos, residente em Feira de Santana, com histórico de

viagem recente à Europa: um caso importado. O caráter inicial de “caso importado” remete à informação de não se identificar a contaminação interna em dado território e em dado momento, servindo como sinalizador para a adoção de medidas de contenção de modo a evitar a contaminação de outras pessoas. No entanto, em razão da alta transmissibilidade do SARS-CoV-2, bastaram apenas 13 dias do registro do primeiro caso, para que fossem verificados, na Bahia, casos de transmissão comunitária, ou seja, quando há contaminação sem a possibilidade de identificação da fonte de contágio.

Desde então, tem ocorrido uma gradativa crescente no número de registros de casos no estado. No período entre a 14^a semana epidemiológica, compreendida entre 29/03 a 04/04, e a 27^a semana epidemiológica, compreendida entre 28/06 a 04/07, a Bahia saiu do registro de 336 casos para o acumulado de 104.188 casos confirmados da doença. Do total de casos confirmados, 42.688 casos (41,72%) pertencem a residentes da capital e os demais casos pertencem ao interior e à região metropolitana do Estado (BAHIA, 2020c).

Embora confirmada a transmissão comunitária desde março, tendo em vista ser a Bahia um estado de grande extensão territorial, o cenário epidemiológico não é vivenciado de maneira uniforme nos municípios do interior, conforme demonstrado no mapa de distribuição espacial por número de casos confirmados da COVID-19 (SESAB/SUVISA/DIVEP, 2020) (Figura 1).

Figura 1. Distribuição espacial por número de casos confirmados de COVID-19 em 11/07/2020. Bahia, 2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP, 2020.

São observadas diferentes realidades epidemiológicas vivenciadas pelos 417 municípios que compõem o estado. Tal situação pode encontrar explicações generalizadas que incorporam diferentes vertentes, utilizando-se desde a disposição geográfica, malhas viárias, fluxos migratórios, até explicações fundamentadas nos cenários particulares de desenvolvimento das ações em saúde, as quais se referem a tomadas de decisões em tempo oportuno, atuação de barreiras sanitárias, medidas restritivas de circulação de pessoas, dentre outras, utilizadas como formas de mitigar a disseminação e circulação do vírus nos respectivos territórios municipais.

Enquanto o município de Porto Seguro registrou o seu primeiro caso da COVID-19 em 14 de março, Jequié apresentou tal registro em 22 de março, e Guanambi veio a registrar o primeiro caso da doença no município apenas em 15 de maio. A diferença de cenários implica diretamente na necessidade de diferentes medidas de contenção da disseminação da doença e enfrentamento.

Assim, nos municípios destacados, até a data de 11 de julho de 2020, dois dos três municípios se encontravam em situação mais aproximada (Porto Seguro e Jequié). Ao passo que Guanambi estava na faixa de 101 a 500 casos, apresentando os seguintes registros: 120 casos confirmados, 1.422 casos em monitoramento e nenhum óbito pela COVID-19 (VIEP/Guanambi, 2020). As outras duas estavam compreendidas no recorte de “> 500 casos”, apresentando os seguintes números: Jequié com 1.632 casos confirmados, 3.606 casos em monitoramento e 44 óbitos por COVID-19 (VIEP/Jequié, 2020) e Porto Seguro apresentando 854 casos confirmados, 1.533 casos em monitoramento e 11 óbitos em decorrência da doença (VIEP/Porto Seguro, 2020).

A cidade de Jequié, que apresenta os maiores índices epidemiológicos dentre as três, possui uma característica geográfica de “cidade de passagem”. Entendemos que o fato de ser cortada lateralmente pelas rodovias federais BR-116 e BR-330, além de existirem seis rodovias estaduais que dão acesso à cidade (JEQUIÉ, 2018), associado à referência como cidade polo regional, inevitavelmente constituem aspectos que interferem nos cenários epidemiológicos impactados por movimentos migratórios, como é o caso da COVID-19. Têm-se, então, uma equação diretamente proporcional em que, quanto maior a circulação, maior será a disseminação do vírus e, conseqüentemente, maior a probabilidade de casos confirmados e/ou suspeitos.

Paralelamente, ainda que a cidade de Porto Seguro não possua densa malha rodoviária, trata-se de uma cidade litorânea, destino bastante procurado por turistas oriundos do centro-sul do país e de outros países, possuindo, inclusive, um aeroporto internacional (PORTO SEGURO, 2018). Tais fatores corroboram diretamente para os intensos fluxos migratórios, que, por conseguinte, impactam no cenário epidemiológico.

Guanambi, por sua vez, embora interligada à capital do estado pelas BR-030, BR-242 e BR-324, tem disposição geográfica situada mais ao interior do estado, precisamente à região sudoeste, não possuindo a característica de “cidade de passagem”. Também na

condição de cidade polo regional estabelece influência comercial e de infraestrutura para uma área de aproximadamente 400 mil habitantes (GUANAMBI, 2018). No entanto, frente à disseminação em larga escala do vírus no território estadual, a cidade adotou de imediato, e como uma das estratégias prioritárias, a atuação efetiva de barreiras sanitárias, apresentando até 08 de julho de 2020 a abordagem de 251.811 carros e 545.046 pessoas, além do monitoramento de 136.000 pessoas provenientes de áreas de risco, com 7.425 altas do monitoramento (VIEP/Guanambi, 2020).

Embora vivenciando o cenário pandêmico simultaneamente, mesmo que com realidades temporais diferentes, à medida que se deparavam com o risco iminente da disseminação da COVID-19, bem como baseados nas informações e recomendações disponibilizadas pela OMS, Ministério da Saúde, e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), os três municípios traçaram estratégias componentes de seus respectivos Planos de Contingência para o Enfrentamento da COVID-19, com vistas a estruturar as ações e serviços de saúde de modo a promover a interlocução entre os pontos de atenção dispostos nas redes locais, objetivando o atendimento às necessidades de saúde de suas populações, de maneira adequada e em tempo oportuno.

4. DA ORDENAÇÃO DA REDE À COORDENAÇÃO DO CUIDADO: POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DA APS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Por meio dos respectivos Planos de Contingência e de Protocolos Operacionais dos municípios em questão, foram estabelecidos o reordenamento das ações e dos serviços de saúde de modo a se adequarem à realidade posta pela pandemia da COVID-19. Ressalta-se a sinalização quanto à importância da integração das ações de Vigilância e Assistência à Saúde, atentando-se às dimensões da prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, reforçando-se o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado (FAUSTO et al, 2018).

Nos momentos iniciais de enfrentamento, as Secretarias Municipais de Saúde de Guanambi, Jequié e Porto Seguro adotaram condutas semelhantes na estruturação da rede local e dos serviços de saúde. De maneira a seguir as recomendações e orientações emitidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS, apresentadas nas versões iniciais dos Protocolos de Manejo Clínico do Coronavírus na APS (BRASIL, 2020b), as quais tratavam prioritariamente do distanciamento social, da obediência às regras de etiqueta respiratória e do monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados, foram implementados serviços de teleatendimento e teleacompanhamento, dando ênfase à recomendação inicial “fique em casa”.

Tais serviços, inicialmente, eram desenvolvidos pelas equipes da Vigilância em Saúde, expandindo-se para a atuação conjunta das equipes da APS, conforme a crescente do número de casos e a descentralização do cuidado à COVID-19. Ao contatar os serviços

pelo teleatendimento ou de maneira presencial nas unidades de referência COVID-19, os usuários eram cadastrados e avaliados com base nos relatos de sinais e sintomas, passando a serem acompanhados e monitorados por equipe multidisciplinar de saúde que, com o apoio de profissional médico, realizava contato diário com os usuários para verificação de apresentação e/ou evolução dos sintomas relatados, e referenciando-os para atendimento médico (remoto ou presencial), assim como promovendo a referência aos outros níveis de atenção, mediante identificação das necessidades.

Neste contexto, sincronizadas às atualizações de protocolos e orientações emitidas pelo Ministério da Saúde e SESAB, as respectivas redes de APS assumiram a responsabilidade assistencial dos casos de síndrome gripal, para acompanhamento dos quadros e tratamento dos sintomas classificados como leves, enquanto as Redes de Urgência e Emergência (RUE), representadas pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h) e Pronto Atendimento (PA) COVID-19 assumiram os casos intermediários, ficando a cargo das unidades hospitalares a responsabilidade de garantir a assistência aos casos graves.

Desta forma, diversos movimentos no âmbito da gestão do trabalho e de educação permanente em saúde foram empreendidos, de modo a potencializar as redes municipais de APS para desenvolverem a contento, a condição de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado no enfrentamento à COVID-19. Estabelecendo-se os critérios para acompanhamento e isolamento domiciliar nos casos leves, internação nos PA COVID-19, para os casos moderados, e internação nos hospitais gerais conforme classificação dos casos moderados/graves e graves.

Outras medidas também foram implementadas nos municípios, tais como a adoção da mudança de fluxos de atendimentos nas unidades de saúde, com estabelecimento de duas portas de entrada (quando possível), com a finalidade de evitar o cruzamento de pacientes suspeitos e aqueles das demandas rotineiras; estabelecimento de fluxo de atendimento para casos suspeitos; ampliação da quantidade de medicamentos dispensados para os pacientes crônicos; adoção de medidas de segurança para os profissionais com a disponibilização e supervisão de uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); ampliação do horário de atendimento das Unidades Básicas (tipo 1), para acolhimento dos casos suspeitos e síndrome gripal; intensificação das ações de educação em saúde e comunicação, através das Assessorias de Comunicação das Secretarias de Saúde (ASCOM), com a finalidade de informar a população sobre a doença, bem como orientar acerca das ações de prevenção e controle; ampliação do quantitativo de equipes de coleta (domiciliares e em unidades), RT-PCR e Teste Rápido, dos casos suspeitos da COVID-19; dentre outras ações.

À medida que o número de casos suspeitos e confirmados nos municípios foram aumentando, observando-se a ocorrência de casos cursarem com gravidade, vindo a requerer assistência hospitalar especializada, seja em nível de enfermarias ou de unidades de terapia intensiva (UTI), em virtude da necessidade de suporte ventilatório, a SESAB mobilizou ações para ampliar a oferta de leitos clínicos e UTI COVID-19, nas unidades hospitalares estaduais

instaladas nas cidades de Jequié e Porto Seguro.

Já na cidade de Guanambi, a partir de ação exclusiva da gestão municipal, houve a instalação do PA COVID-19 com 12 leitos: 04 de isolamento (sendo um com respirador) e 08 de observação, para concentrar os atendimentos de sintomáticos respiratórios. Também a ampliação da capacidade de atendimento da UPA 24h, através de parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e a instituição de ensino superior (IES), “Faculdades Integradas Padrão - FIP Guanambi”, por meio do Programa Mais Médicos, promovendo ampliação na oferta de leitos e equipamentos (monitores, bombas, aspirador, leitos novos), bem como a implantação de campo de prática para Residência Médica da IES na referida unidade de saúde. Houve ainda a adequação do Hospital Municipal de Guanambi, que funcionava para cirurgias eletivas, destinando-o a atendimentos exclusivos para casos confirmados (moderados e graves) de COVID-19.

Em Jequié, observou-se a instalação de PA COVID-19, com oferta de atendimento ambulatorial para sintomáticos respiratórios, contando também com a disponibilidade de leitos clínicos na mesma unidade, ao tempo em que houve duas ampliações na oferta de leitos UTI COVID-19 no Hospital Geral. Já em Porto Seguro, para dar suporte às equipes da ESF nos casos suspeitos e com sinais e sintomas de gravidade da doença, foi estruturada toda a Rede de Urgência e Emergência (UPA Frei Calixto, UPA Arraial D’Ajuda, PA Trancoso e SAMU), assim como criado PA COVID-19 na UPA Frei Calixto, sendo estabelecida como porta de entrada específica para pacientes suspeitos e/ou confirmados. Para esse serviço, foram contratados e treinados novos profissionais de saúde e criados 14 leitos clínicos, sendo seis leitos com respiradores, e com capacidade de ampliação.

Conforme descrito, as redes locais de saúde nestes três municípios promoveram rearranjos e novas formas de organização dos processos de trabalho e serviços, de modo a assegurar a integralidade do cuidado, através da ação ordenada e coordenada da APS, visando também a promoção da segurança do paciente, associada à segurança profissional no contexto da COVID-19.

Ainda na dimensão assistencial, frente ao cenário epidemiológico dos municípios de Jequié e Porto Seguro, onde foram apresentados números elevados de contaminação humana pelo SARS-CoV-2, assim como nos índices de óbitos decorrentes da COVID-19, mediante a apresentação do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS - versão 9 (BRASIL, 2020b) e orientações do Ministério da Saúde para Tratamento Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19, através da Nota Informativa Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS (BRASIL, 2020c), as respectivas Secretarias de Saúde dos municípios, diante das perspectivas de possíveis intervenções nas fases iniciais da infecção, instituíram o Protocolo de Tratamento Farmacológico para os casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.

Tendo em vista o contexto discursivo entre a classe médica, no que tange à efetividade do referido protocolo, existindo profissionais que o defendiam e outros

que o questionavam, os respectivos municípios instituíram o protocolo como forma de regulamentar sua possível utilização, não possuindo tal instituição um caráter impositivo, mas recomendatório.

Diante do exposto, como parte da ação reflexiva acerca dos contextos destacados, e dos processos de trabalho desenvolvidos no âmbito do enfrentamento à COVID-19, a identificação das dificuldades vivenciadas, postas aqui como desafios e tensões, apresenta como possibilidade a discussão dos cenários municipais específicos, permitindo o traçar de estratégias para a promoção de melhorias dos processos de cuidado à saúde da população usuária do SUS, ao que aqui apresentamos algumas delas:

- 1) *Quantidade insuficiente de testes rápidos para examinar os casos suspeitos.* Seja por insuficiência na oferta do ente estadual, seja por indisponibilidade de compra do município em razão de limitações financeiras, ou limitação da disponibilidade no mercado, a insuficiência na oferta de ampla testagem a partir de testes rápidos configura fator complicador ao rastreamento de contatos, ao passo que implica em subnotificação e fragilidade nos dados epidemiológicos;
- 2) *Crítérios e entraves operacionais para realização do RT-PCR dos casos suspeitos.* Embora a regulamentação para realização de testagem no molde RT-PCR tenha sofrido várias alterações a partir de atualizações da Nota Técnica Estadual nº. 54 COE/SESAB (BAHIA, 2020d), a infraestrutura operacional não favorece a realização deste tipo de testagem em larga escala, seja pela disponibilidade dos kits de coleta e meio de processamento, seja pela logística de envio e processamento das amostras, visto que são realizadas em unidades do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN. Assim, embora a NT nº. 54 tenha promovido discreta ampliação do público eletivo a esse tipo de teste, a operacionalização não favorece esta ampliação;
- 3) *Pouco envolvimento dos profissionais de saúde nas ações estratégicas de controle e combate à doença no seu território de abrangência.* Conforme apontado, as dificuldades podem ser estruturais, logísticas ou operacionais. Neste caso, o baixo ou ausente envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de controle e combate à COVID-19, inviabiliza a operacionalização das estratégias propostas, vindo a comprometer a qualidade da atenção, podendo ainda expor a riscos, tanto os pacientes com casos positivos, como também seus contatos;
- 4) *Dificuldades de comunicação entre os profissionais da APS e da Vigilância Epidemiológica.* A situação desencadeada pela pandemia trouxe à tona problemas comunicacionais pré-existentes, senão crônicos, representados pelas dificuldades e/ou ruídos de comunicação entre pontos de gestão e atenção à saúde. A situação se agrava, por se tratar de um momento em que é preciso lidar com uma emergência sanitária com elevado grau de imprevisibilidade, onde é preciso, simultaneamente, aprender sobre e lidar com a doença.
- 5) *Lacunas no monitoramento dos casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19.* As lacunas apresentadas nas ações de monitoramento são de duas ordens: uma estrutural,

frente à insuficiência de mão de obra para cobrir a crescente do número de casos, e outra operacional, diante do não envolvimento dos profissionais na ação, vindo a desempenhá-la de modo frágil, não efetivo e não resolutivo.

- 6) *Desencontro de informações e dados epidemiológicos entre o ente municipal e o estadual.* Embora todos os níveis de gestão e assistência somem esforços diuturnamente na atuação e geração de dados e informações referentes à pandemia da COVID-19, são observadas divergências e distorções de informações, a exemplo da apresentação dos dados contidos nos boletins epidemiológicos diários emitidos pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Tal fato demonstra a fragilidade da comunicação entre os entes, seja frente à geração da informação, seja frente à escolha da base de dados para veiculação das informações.
- 7) *Informações distorcidas por grupos político-partidários sobre a doença nos municípios, o que dificulta o trabalho realizado pela secretaria de saúde.* A produção de informações distorcidas e/ou inverídicas acerca da doença tem sido um grande complicador, pois além de promover processos de manipulação da opinião pública, muitas vezes contrariam o bem da coletividade e a realidade técnica.

A presença destas dificuldades e tensões, embora não inviabilize o desenvolvimento das ações de controle, combate e enfrentamento à COVID-19, tornam necessário um maior esforço à sua superação, com vistas a assegurar a prestação dos serviços com qualidade e atendendo às necessidades de saúde da população. Deste modo, apontá-las não significa estigmatizá-las ou promover culpabilidade, mas sim, evidenciá-las como desafios no intuito de desencadear movimentos para transpô-las.

Diante deste conjunto de dificuldades, ponderamos que se faz necessário reafirmar a existência de uma sólida rede de suporte à APS, de modo que ela consiga efetivar o seu papel enquanto ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado, estabelecendo-se os fluxos assistenciais e comunicacionais. Para tanto, os fluxos referenciados às Unidades de Atenção especializada, sejam elas pontos secundários ou terciários, são imprescindíveis para a efetivação da integralidade almejada.

O acesso às diferentes densidades tecnológicas para apoio aos serviços da APS, com ações especializadas em nível ambulatorial (atendimento médico especializado), apoio diagnóstico (testagem laboratorial, exames de imagem), apoio terapêutico (garantia de oferta da medicação prescrita) e garantia de referência hospitalar em caso de agravamento dos quadros, serão determinantes para a qualidade da atenção e do processo de trabalho no contexto não somente da pandemia da COVID-19, mas em todo o processo de funcionamento da APS.

A operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ocorre por meio da interação entre três elementos constitutivos: a população/região de saúde definidas; a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais

que comunicam esses diferentes nós de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam; e o sistema de governança da rede de atenção (arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais aumentando a interdependência entre eles a fim de obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita) (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Para concretização desta rede, esforços mútuos e de várias ordens necessitam ser somados, fazendo-se necessário ter como norte das ações, a efetivação do cuidado. No entanto, ainda que os cenários da saúde pública municipais, em específico nos três territórios apresentados, possuam consideráveis potencialidades, poder de organização, arranjos e ajustes frente às necessidades de saúde apresentadas, é inegável também a existência de inúmeras dificuldades, sejam elas estruturais, logísticas e/ou operacionais.

Da mesma forma que as potencialidades se assemelham, as dificuldades pouco se diferem nas cidades sob análise, variando apenas de intensidade, das iniciativas da gestão para superá-las, e da disponibilidade de energia e articulação para suas transposições. Embora se admita a existência de tais dificuldades, muitas delas comuns e até mesmo crônicas no serviço público, as informações aqui apresentadas nos permitem afirmar que os sistemas de saúde das cidades de Guanambi, Jequié e Porto Seguro ante à pandemia, demonstram, de maneira dinâmica, o direcionamento das energias necessárias para engendrar condições que possibilitem ações exitosas de controle, combate e enfrentamento à COVID-19.

Por fim, este texto não pretendeu esgotar a complexidade de análise da estruturação das redes locais para o cuidado e assistência ao paciente com COVID-19 nos contextos destacados, pelo contrário, buscou-se demonstrar algumas de suas iniciativas e desdobramentos, sinalizando a pertinência de suas ações, bem como os desafios ainda necessários de superação. Destacamos, neste exercício, as potencialidades que residem no trabalho em rede, na ação ordenada e coordenada e a sua contribuição para a qualidade da atenção e produção da saúde, sinalizando-o como amplo campo para a realização de outras análises e reflexões acerca dos cenários e temática aqui trabalhados.

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Municípios e Regionalização**. 2020a. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>> Acesso em: 10/07/2020.

BAHIA. **Resolução CIB nº 275/2012**. [Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais]. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB, 2012.

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Boletim Epidemiológico Nº 109 - 11/07/2020**. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVPEP, 2020c. Disponível em <<https://bit.ly/331ioR6>> . Acesso em: 17/07/2020.

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Caderno de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica-Abril/2020**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB, 2020b. Disponível em < <https://bit.ly/2CWorIV>>. Acesso em: 10/05/2020.

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Nota Técnica Estadual nº.54 COE/SESAB** (atualizada em 04 de junho de 2020). Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB, 2020d. Disponível em < <https://bit.ly/3fcBq9W>>. Acesso em: 10/07/2020.

Brasil. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. [Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12/07/2020.

BRASIL. **Nota Informativa Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em < <https://bit.ly/2BBvVnp>>. Acesso em: 12/07/2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002**. [Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<https://bit.ly/3jFmsN3>>. Acesso em: 12/07/2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. [Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <https://bit.ly/3jNozeM>. Acesso em: 13/07/2020.

BRASIL. **Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na APS - Versão 9**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em < <https://bit.ly/3jLGYLR>>. Acesso em: 10/07/2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária. **Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em <<https://bit.ly/3oWE528>>. Acesso em: 03/07/2020.

CHIORO DOS REIS, A.A; SOLLA, J.S.P. Atenção Ambulatorial Especializada. In Ligia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura Lobato; José Carvalho De Noronha; Antônio Ivo De Carvalho. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 627- 664.

FAUSTO MCR, ALMEIDA PF, BOUSQUAT A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA MHM, MATTA GC, GONDIM R, GIOVANELLA L, (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p.369-405

GUANAMBI. **Boletim Epidemiológico – 11/07/2020**. Guanambi: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em <<https://bit.ly/30WxtkB>>. Acesso em: 13/07/2020.

GUANAMBI. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Guanambi: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

JEQUIÉ, 2018. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

JEQUIÉ. **Boletim Epidemiológico 11/07/2020**. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em <<https://bit.ly/3jOppdY>>. Acesso em: 13/07/2020.

KENNETH McIntosh, MD. *Novel Coronavirus (2019-nCov)*. UpToDate Jan 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus) (on line). OPAS, 2020. Disponível em <<https://bit.ly/309JV1f>> (acesso em 12 de julho de 2020).

PORTO SEGURO. **Boletim Epidemiológico 11/07/2020**. Porto Seguro: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em <<https://www.portoseguro.ba.gov.br/>>. Acesso em: 13/07/2020.

PORTO SEGURO. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Seguro: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; PAIM, Jairnilson Silva. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. IN: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS: ATUAÇÃO DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 EM PARNAÍBA-PI

Lorena Sousa Soares

Ana Caroliny de Barros Soares Lima

Kauan Gustavo de Carvalho, Luís Felipe Oliveira Ferreira

Thaís Fernanda Ribeiro de Moura

Vanessa Leal Lira

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família do campus de Parnaíba (PI) da Universidade Federal do Piauí (em transição para Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr) foi o primeiro Programa implantado fora da capital do estado do Piauí, Teresina. Tal Programa foi criado em 2015, e iniciou sua implementação em março de 2016, com os núcleos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia.

Tendo como diretrizes político-pedagógicas a integração ensino-serviço-comunidade, a intervenção nos processos de gestão, trabalho e educação em saúde, a análise de implicação das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e a práxis cartográfica da educação e do trabalho vivo em saúde, o Programa assumiu o cotidiano de 12 equipes de saúde do município. Para tanto, três estratégias cotidianas são fundamentais: territorialização e planejamento participativo, compartilhamento do cotidiano do processo de trabalho e atuação segundo os princípios da Educação Permanente em Saúde (UFPI, 2017).

Diante desse cenário e das adaptações necessárias, iremos descrever a atuação dos profissionais-residentes de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19, nos eixos: planejamento e gestão do cuidado e vigilância em saúde.

1.1 Formação em saúde para o SUS: planejamento e gestão do cuidado das equipes diante da pandemia da COVID-19

A pandemia da COVID-19 demandou imediata re(organização) dos novos modos de cuidados das Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que esse nível de atendimento desempenha um papel essencial nesse enfrentamento por estar fundamentada nos princípios de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

As UBS de Parnaíba sofreram diversas mudanças nesse contexto de pandemia, sendo necessária uma reorganização efetiva das ações para a segurança da população e comunidade, visto que 80,9% das pessoas podem apresentar sintomas leves da doença, logo devem permanecer sob cuidados no seu domicílio (HARZHEIM, 2020). Por isso, a equipe de residência multidisciplinar incorporou novas estratégias de ações de vigilância em saúde e conformações de atendimento.

A assistência das síndromes gripais esbarrou em vários impasses, principalmente devido falta a infraestrutura adequada das UBS para o contexto (falta de ventilação adequada, sala sem instalação de pias para higienização das mãos e espaço físico inadequado, por exemplo), que não permitia a total segurança. Assim como foi observado na Índia, país emergente e de conformação semelhante ao Brasil, que possui diversos déficits de infraestrutura para o controle da infecção na Atenção Primária à Saúde (APS), onde 57% dos seus estabelecimentos não tem uma ventilação adequada e 49% não possuem espaço físico para garantir o distanciamento de 1,5 metros entre os pacientes (GARG et. al., 2020)

Por isso, a equipe da residência multiprofissional tem exercido papel central na realocação de funções dos membros da equipe, para buscar a melhor forma da prestação do cuidado à saúde, implementando fluxos de atendimento para direcionar a assistência com o intuito de diminuir o número de pessoas na unidade, além da reorganização das outras demandas programáticas (atendimento gestacional e ao puerpério, consultas aos hipertensos e diabéticos, etc), que estão sendo feitas de forma agendada via agente comunitário de saúde (ACS).

Para garantir um serviço de saúde seguro e de qualidade, os profissionais de uma das equipes de atuação dos residentes, por exemplo, reuniram-se para elaborar um planejamento baseado em dados da sua área adscrita e, assim, se adaptarem aos atendimentos de casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19, além de elencar estratégias que permitiriam o menor dano possível aos outros usuários da unidade, com a continuidade de algumas ações próprias de sua rotina, a exemplo das: consultas de pré-natal, que passaram a serem realizadas com algumas limitações e cuidados, tais como: redução do número de atendimentos e a incorporação de teleconsultas por aplicativo de mensagem instantânea para um melhor acompanhamento das gestantes e futuras puérperas.

Em outra equipe, no que diz respeito ainda às consultas de pré-natal, dentre as principais adaptações e questionamentos feitos, o principal deles era como dar continuidade

aos atendimentos a certos públicos como as gestantes já que a “ordem” seria para que unidades atendessem de “portas fechadas”, dando prioridade aos casos de síndrome gripal ou urgências. Então, os residentes começaram a se articular, já que segundo o Ministério da Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, garante que a UBS seja a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, que a equipe esteja preparada para compreender a mulher na sua totalidade, não apenas como gestante, mas todo o processo de gestação. Além disso, recomenda-se ainda que se mantenha o mínimo de seis consultas para um pré-natal considerado seguro (BRASIL, 2012).

Diante disso, tal equipe fez um levantamento das gestantes que estavam fazendo acompanhamento na referida unidade, elegendo algumas prioridades, como por exemplo, as semanas de gestação, com priorização daquelas que estavam em acompanhamento semanal, depois quinzenal e por último mensal. Após isso, organizou-se os atendimentos da seguinte forma: três gestantes por dia com horários marcados a cada 1h para evitar aglomeração. Os ACS ficaram responsáveis pelo monitoramento remoto das gestantes e puérperas, além de informar os horários das consultas. Tem sido uma experiência bastante exitosa que provavelmente tentarão manter no pós-pandemia apenas reduzindo o tempo de intervalo entre as consultas.

De maneira geral, em todas as equipes, os pacientes com síndromes gripais são atendidos a partir de classificação de risco seguindo um protocolo local elaborado pela médica infectologista do Comitê Gestor de Crise municipal, garantindo todo o acolhimento e avaliação clínica com intuito de reconhecer precocemente o caso suspeito e, se necessário, realizar encaminhamento imediato para serviço especializado. Assim como, a melhor forma de fazer isolamento domiciliar levando em consideração as conformações sociais e econômicas de cada indivíduo/família.

Para acompanhamento desses pacientes foi implementado teleatendimento próprio em algumas equipes com ligações remotas, por meio de planilhas e roteiro de entrevistas adaptadas para cada situação, para o melhor monitoramento, assim como, a mais adequada forma de orientação, que depende do quadro clínico do paciente, podendo ser a cada 48 horas ou 24 horas.

Estratégia assim foi observada no Reino Unido que obteve efetividade no atendimento após implementar consultas remotas para minimizar o contato físico, a disseminação do vírus e a saturação dos serviços de saúde e aumentar o acompanhamento longitudinal das pessoas (GILLIES et al., 2020).

Outra atividade mantida nas unidades foi a vacinação, ação fundamental para o controle de doenças e agravos preveníveis por meio da imunização. Durante a 22^a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza (BRASIL, 2020), houve um aumento significativo de pessoas em busca da vacina, logo, estas passaram a serem realizadas em áreas externas à unidade com o intuito de respeitar o distanciamento social e evitar aglomerações.

Em outra unidade do município, para realização das imunizações, houve a separação de duas salas, uma contendo as vacinas de rotina, bem como atualização do calendário vacinal e outra destinada para vacinação da campanha contra a Influenza. Utilizou-se também como outras estratégias: vacinação em sistema *drive thru*, e, em acamados e domiciliados, foi realizada através da visita domiciliar. Mantiveram-se também durante esse período a atenção aos usuários com condições crônicas, com renovação de seus receituários, dispensação de medicamentos básicos e procedimentos como curativo, administração de medicamentos e retirada de pontos.

Diante do exposto, fica evidente o processo de reconstrução/reorganização das ações em saúde desenvolvidas pelas equipes atuantes na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica no município de Parnaíba-PI, sobretudo, por residentes que atuam nessas unidades às quais foram expressas tais realidades. Aponta-se aqui, ainda uma reflexão sobre as dificuldades e limitações impostas nesse cenário de crise aos trabalhadores das UBS, reconhecendo sua singularidade e o tipo de densidade tecnológica que opera no seu processo de trabalho.

Partindo disso, os profissionais tiveram que driblar a infraestrutura inadequada, a escassez e baixa qualidade de equipamentos de proteção individual (EPI), o cuidado com a sua saúde mental, além das condições básicas de trabalho para oferecer à sua população adscrita um atendimento de qualidade e com segurança. Esses profissionais depararam-se com rotinas externas às suas práticas assistenciais, como a (re)organização do serviço à medida do surgimento de novas atualizações/evidências científicas, o provimento de áreas de isolamento em estruturas físicas precárias que algumas UBS dispõem, o correto manuseio da paramentação e desparamentação dos EPI e a capacitação constante da equipe para que sua comunidade seja orientada com informações de qualidade.

2. EPIDEMIOLOGIA E FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS: AÇÕES DE VIGILÂNCIA DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19

Um elo forte no combate à pandemia pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), um agente com alto potencial de transmissão, é a relação entre a APS e a Vigilância Epidemiológica, pois a partir de tecnologias leves do cuidado como a busca ativa, a identificação precoce dos casos suspeitos e/ou confirmados e a própria educação em saúde, pode-se potencializar o controle para a disseminação do patógeno em questão.

Porém, a realidade de alguns serviços de saúde, em especial no município em questão, é de uma APS fragmentada, sem uniformidade nas ações executadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) frente a pandemia devido à falta de protocolos e planos de contingenciamento municipais. O que deixa claro as “sequelas” do subfinanciamento crônico e da falta de investimento para tornar-se uma APS forte e resolutiva, o que leva à sobrecarga dos serviços de atenção secundária e terciária do município. Isso comprovado

pelos relatos de pacientes que procuram esses serviços e de profissionais que também atuam nos mesmos.

Ademais, o fluxo de coleta dos casos novos, atualmente no município, está organizado da seguinte maneira: clínicas particulares que realizam exames para investigar/diagnosticar a COVID-19 preenchem a ficha de investigação e enviam para a Vigilância Epidemiológica com o resultado dos exames. Outras unidades notificadoras que realizam atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados (UBS, Pronto Socorro Municipal e Hospital de Campanha Municipal) preenchem a ficha de investigação e encaminham o paciente para a realização dos exames de RT-PCR (*Reverse-transcriptase Polymerase Chain Reaction*) ou teste rápido a depender do dia de início dos sintomas, do momento da consulta e da disponibilidade dos testes (entre o 3º e 7º dia o paciente é encaminhado para a coleta do *swab* da nasofaringe e a partir do 10º dia, para o teste rápido).

Até o presente momento, na vigilância epidemiológica do município são alimentados dois sistemas para levantamento dos casos novos de COVID-19. O ESUS VE, que é um sistema de notificação nacional desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Nesse sistema, é realizada a investigação do caso de Síndrome Gripal (SG) suspeito de COVID-19 até a conclusão do mesmo, feita por critério laboratorial com a confirmação por meio do teste rápido ou RT-PCR. O outro sistema alimentado foi desenvolvido pelo CIEVS (Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde) de governabilidade estadual, que consiste em um formulário do *Google*®, com o objetivo principal de prestar contas da quantidade de testes rápidos realizados em todo o Estado, além de servir também para monitorar os casos novos de COVID-19.

A análise dos bancos de dados é feita pelo CIEVS que extrai informações desses dois bancos de dados (ESUS VE e formulário *Google*® de testes rápidos) e do sistema GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) do LACEN-PI (Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí) que realiza o RT-PCR do *swab* coletado tanto pelo Hospital de Campanha municipal quanto pelo Hospital Estadual localizado também no município, o qual é o hospital referência de média e alta complexidade para a Planície Litorânea e região.

Os técnicos do CIEVS fazem o cruzamento das informações dos bancos de dados citados e enviam, para o setor de Vigilância Epidemiológica, ao final de cada dia, uma planilha com os casos novos da COVID-19 confirmados. Após isso, a equipe técnica da Vigilância Epidemiológica municipal faz a conferência das informações da planilha estadual de acordo com a planilha de controle municipal (alimentada por meio das fichas de investigação que chegam diariamente dos laboratórios públicos e privados do município). Feito o consolidado das informações, um estatístico contratado pelo município elabora e divulga à imprensa e nas redes sociais o boletim epidemiológico diário dos casos de COVID-19.

Conforme descrito acima, a Vigilância Epidemiológica, que deveria nortear as ações para prevenção, controle do agravo e monitoramento está “presa” na alimentação dos bancos de dados e divulgação dos boletins diários com a ascensão da curva epidemiológica,

assim, sem realizar de maneira oportuna a análise desses dados levantados, o que fragiliza as ações para o enfrentamento da pandemia. Tal realidade é explicada principalmente pelo déficit de recursos humanos e falta de investimentos em serviços essenciais para esse combate, a exemplo da APS e a Vigilância Epidemiológica. Outro fato que reforça tal constatação é que os demais agravos que deveriam ser monitorados, não estão sendo devidamente acompanhados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em: < <https://bit.ly/2BBhxvf> >. Acesso em: 23/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020.

GARG, S. et al. Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Study. Rev. **JMIR Public Health Surveill**, v. 6, n. 2, p. 1-7, 2020.

GILLIES, J. et al. Video consultation sin UK primary carein response to the COVID- 19 Rev. **British Journal of General Practice**, v. 23, n 2, p. 1-3, 2020.

HARZHEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento condutor. Rev. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2493-2497, 2020.

UFPI. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**. Parnaíba, 2017.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO

Ceanny Cristina Pinho Costa

Dayana Dourado de Oliveira Costa

Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho

Edmilson Nascimento

Gleison Alves de Souza Batista

Juliane Caires dos Santos Macêdo

Tulio Romério Lopes Quirino

Michael Ferreira Machado.

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada por uma nova cepa da família *Coronaviridae*, denominada SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, na província de Wuhan, em dezembro de 2019. Tendo como uma de suas principais características um alto poder de transmissão, de forma que rapidamente o vírus se espalhou pelo mundo, demonstrando, até o final de junho de 2020, uma maior concentração de casos (98%) e óbitos confirmados (99,8%) fora de seu local origem (MARANHÃO, 2020a).

Neste sentido, o cenário epidemiológico mundial tem-se demonstrado preocupante desde a declaração de uma pandemia ocasionada por este novo coronavírus, já considerado um dos maiores desafios sanitários da história. Logo, demandou que os sistemas de saúde de todas as nações estivessem preparados para o enfrentamento dos seus efeitos (MARANHÃO, 2020a).

No Brasil, desde a confirmação dos primeiros casos da COVID-19, em fevereiro, estados e municípios vêm fortalecendo sua capacidade de resposta ao agente etiológico, que causa uma síndrome respiratória de rápida evolução. Neste contexto, são indispensáveis a implementação e o fortalecimento de políticas públicas de saúde que possam atuar na minimização dos impactos da pandemia. No entanto, sua eficiência está condicionada à atuação conjunta e coordenada dos setores públicos e privados.

Partindo dessa compreensão, e observando as diretrizes nacionais propostas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), tem envidado esforços no sentido de promover resposta coordenada para a situação de instalação da doença no estado (MARANHÃO, 2020a).

Nesse cenário pandêmico, um dos aspectos fundamentais para aumentar a capacidade de resposta à COVID-19 são os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Visto que a EPS se configura tanto como prática transversal ao fazer profissional, tangente à pedagogia inerente ao trabalho em saúde, quanto como política de valorização e fortalecimento deste fazer. Assim como, propõe a transformação das práticas baseada na reflexão crítica sobre a realidade cotidiana dos profissionais de saúde, permitindo-lhes aprender e ensinar de forma contínua, interagindo com o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social, adotando como metodologia a problematização (BRASIL, 2017).

É a partir desta compreensão que se tece este texto, o qual objetiva debater a experiência da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão (ESP/MA), instituição responsável pelo desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde e suporte técnico-pedagógico, em todo o território estadual, para as ações educativas no contexto do enfrentamento à pandemia da COVID-19. Seu propósito é destacar as ações desenvolvidas e as dificuldades enfrentadas neste cenário adverso para a efetivação de sua missão.

2. AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA E O FORTALECIMENTO DA REDE: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O setor saúde investe em novos referenciais para formar profissionais e avaliar a formação em uma perspectiva de desenvolver, em discentes-trabalhadores, a competência para o cuidado em saúde, entendendo ainda que esta competência se expressa na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os saberes necessários para prevenir e resolver problemas de saúde (REDE ESCOLA, 2020).

Em observância a tal diretriz, foram criadas as Escolas de Saúde Pública (ESP) – instituições públicas, que atendem às demandas locais de formação técnica, pós-técnica, superior e de pós-graduação dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde – acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil.

A primeira ESP implantada foi a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 1954, vinculada à Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro. E, em 1962, foi criada a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. A partir destes marcos, outras Escolas foram sendo instituídas por todo o território nacional.

Atualmente, tais instituições estão vinculadas à Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA), reunindo 54 escolas em todo o Brasil. Esta Rede se caracteriza como um espaço de diálogo permanente entre as instituições de ensino de saúde no país, com o objetivo de construir consensos em torno da EPS, que valorize mudanças nas

práticas profissionais e na organização do trabalho, fortalecendo assim o controle social (MARANHÃO, 2020b).

As ESP utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificam pedagogicamente os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como docentes. Estas Escolas adequam os currículos aos contextos regionais e têm como modelo pedagógico a integração ensino-serviço, com sua concepção fundamentada (MARANHÃO, 2020b).

De tal forma, e considerando que, sob a ótica da EPS, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2017), no cenário marcado pela COVID-19, a ESP/MA desenvolveu atividades pedagógicas e de formação profissional, pensando nos trabalhadores que estavam inseridos na assistência à população frente à pandemia.

3. A ATUAÇÃO DA ESP/MA ANTE À COVID-19

No âmbito do combate à COVID-19 e seus efeitos, entre os meses de março e junho de 2020, a equipe da ESP/MA realizou, entre outras ações, apoio ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Estado, estruturação de pesquisa científica, e produção de cartilhas e outros materiais educativos, com orientações gerais para a população, bem como para os profissionais de saúde. No caso destes últimos, o intuito foi disponibilizar instrumentos de orientação clínica para profissionais que atuam na porta de entrada do SUS, bem como na média e alta complexidade.

Além disso, a criação de um perfil oficial da instituição nas redes sociais, como Facebook® e Instagram®, e uma aba da Escola no site da Secretaria Estadual de Saúde também constituiu mais uma ação neste plano de enfrentamento, já que até o início da pandemia, a instituição não as possuía.

Inicialmente, a equipe da ESP/MA teve suas atividades suspensas no espaço físico até então ocupado, sendo direcionada para atuar nos setores da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária em âmbito estadual. Neste momento, a equipe passou a desenvolver atividades de monitoramento de pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19, bem como a entrega de resultados de exames de testagem, além da produção de notas técnicas e protocolos para barreiras sanitárias a serem instaladas no aeroporto Marechal Cunha Machado, em São Luís, capital do Estado, com orientações a respeito da doença, verificação e monitoramento de casos suspeitos. Após um período de aproximadamente 20 dias de realocação em outros setores, parte da equipe retornou para a sede da ESP/MA com vistas a continuar com a execução das atividades de EPS do Estado.

Com a retomada das atividades da Escola, e com o acelerado aumento dos números de casos no estado do Maranhão, foram instituídas estratégias para o mapeamento rápido das necessidades de capacitação das equipes da APS e da rede de urgência e emergência.

A ESP/MA lançou, então, uma consulta pública com o objetivo de levantar informações sobre temas relevantes acerca dos cuidados e orientações no enfrentamento da pandemia. Desta forma, a equipe que retornou à ESP/MA buscou maneiras de auxiliar o trabalhador e a comunidade diante de seus questionamentos frente à COVID-19. Para tanto, construiu um instrumento para mapear necessidades de formação e informação entre os profissionais, utilizando questionário no Google Forms®. Este instrumento foi disponibilizado para os profissionais das regionais de saúde e docentes dos cursos da Escola, além dos gestores dos municípios.

O levantamento subsidiou a produção de materiais técnicos e informativos com as principais recomendações sobre o agravo, de modo que estas pudessem orientar os profissionais e a população em seus territórios de atuação. O questionário contou com as seguintes perguntas:

- Qual a sua formação profissional?
- Qual seu vínculo com a Escola de Saúde Pública (ESP/MA)?
- Qual o município de atuação?
- Qual(is) as dificuldade(s) encontrada(s) para a realização do seu trabalho na UBS, no enfrentamento à COVID-19? (Exemplo: utilização de EPIs, profissional adoecido; isolamento domiciliar; orientações sobre sintomas gripais; atendimento na sala de curativos; estratificação de riscos; acolhimento na UBS; cuidado com pessoas idosas; cuidado com pessoas hipertensas; cuidado com pessoas diabéticas; cuidado com pessoas obesas; cuidados com a gestante; cuidados com a puérpera e RN; atenção à pessoas com deficiência física; atenção à pessoa surda; atendimento odontológico; outro-descrever).

Foi estabelecido um processo de monitoramento diário das respostas ao instrumento pela equipe da Escola, de modo a identificar apontamentos que pudessem subsidiar a elaboração de materiais mais atinentes às necessidades dos/as trabalhadores/as diante do contexto pandêmico. O formato definido para a disponibilização de informações e orientações a este público-alvo foi a cartilha.

Dessa forma, foram elaboradas cartilhas temáticas, cuja organização partiu deste processo de levantamento das necessidades dos/as profissionais de saúde quanto ao atendimento e às orientações para a comunidade. Para a produção dos materiais, foram consultadas fontes confiáveis sobre o agravo e seu enfrentamento, como portarias, protocolos e notas técnicas oficiais, em âmbito nacional e estadual.

O Quadro 01 reúne os temas abordados nas cartilhas educativas produzidas pela equipe da ESP/MA, ordenadas em 06 séries temáticas, voltadas a públicos e contextos específicos do trabalho em saúde, totalizando 26 cartilhas.

Vale ponderar que, embora o foco primeiro seja fornecer informações adequadas aos profissionais de saúde, para conscientizá-los sobre a importância da prevenção e da adoção de práticas preventivas à COVID-19, esta ação extrapola tais profissionais,

tendo em vista que as cartilhas digitais podem ser acessadas, neste momento, por outros públicos e pela população em geral, no Brasil e em outros países, auxiliando na adoção de medidas protetivas.

Outra ação realizada pela ESP/MA foi a articulação com a Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social (SEMCAS), do município de São Luís, que solicitou à Escola orientações de retorno ao trabalho presencial pós-quarentena. Desta solicitação, foi produzida a cartilha “Medidas de proteção nos estabelecimentos públicos e privados” (Quadro 1).

A ESP/MA também desenvolveu, como recursos auxiliares, “cards” para divulgação nas suas redes sociais (Quadro 2). A elaboração desses materiais também constituiu parte neste plano de enfrentamento à COVID-19. Assim, como as cartilhas, o intuito da criação dos cards foi produzir e viabilizar a circulação de informações rápidas e seguras.

Esses cards foram desenvolvidos para auxiliar nos processos de atualização de conteúdos previamente conhecidos e para garantir que informações qualificadas alcançassem os trabalhadores atuantes na linha de frente da pandemia – sejam profissionais de saúde, administrativos e de outras funções operacionais.

Quadro 2: Sistematização dos Cards elaborados e publicados pela equipe da ESP/MA, no período de março a junho 2020.

Série dos Cards	Quantidade de Cards
Atendimento odontológico v.7	6
Atividade física	3
Banco de leite humano	7
Amamentação	6
Cuidados ao chegar em casa	5
EPI Capote	5
EPI Face Shield	4
EPI Luva	7
EPI Máscara	6
EPI Higiene bucal em UTI	5
Intoxicação por álcool Gel	6
Orientações quanto ao uso e Lavagem das máscaras de tecido	10
Perguntas e respostas sobre a COVID-19	6
Principais Sintomas	2
Como se proteger?	4
Doação de sangue	6
Trabalho do ACS	6
Transmissão	2
Urgência e emergência	6
Diferença entre isolamento, distanciamento e quarentena	1
Distanciamento	1
Fake News	1
Saúde mental em tempos da COVID-19	5

Fonte: Elaborado pelos/as próprios autores/as.

Paralelamente à criação dos *cards*, foram desenvolvidos vídeos com o objetivo de atingir a comunidade surda, proporcionando maior acessibilidade a esse público. O Quadro 3 reúne os títulos/temas abordados nos vídeos educativos produzidos pela ESP/MA, para a série “Saúde em Libras”, pensando no atendimento à pessoa com deficiência, com vistas a esclarecer dúvidas com relação à pandemia. Ao total foram produzidos quatro vídeos.

Considerando que a linguagem de sinais é uma língua gestual, sendo uma combinação de configurações realizadas com as mãos, movimentos e pontos de articulação com o corpo e expressões faciais, esse conjunto transmite os sentimentos, que para os ouvintes são transmitidos apenas com a entonação da voz. Dessa forma, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) se configura por ser um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, próprio da comunidade de surdos. Com uma linguagem própria os surdos se comunicam por meio de sinais, utilizando as mãos para este propósito. No Brasil, a LIBRAS é reconhecida pela Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a Escola de Saúde Pública do Maranhão “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva”, assume papel estratégico em produzir vídeos de Saúde em LIBRAS. Com o objetivo de promover aos profissionais de saúde e à pessoa surda informações importantes no contexto da COVID.

4. REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA

Posto em análise, o cotidiano, como tem demonstrado a pandemia da COVID-19, acaba por nos impulsionar a pensar primeiramente em “tecnologias duras” de cuidado, como respiradores; a criação, disponibilização e manutenção de leitos de UTI, por exemplo. Esses elementos e recursos são importantes, especialmente, por um dos saldos da pandemia ser o reconhecimento de que a nossa infraestrutura na saúde não é suficientemente equipada. No entanto, mesmo com essa estruturação da atenção à saúde, nos deparamos com outros impasses, por exemplo: Quem vai manusear esses equipamentos? Quem vai garantir que a assistência à saúde seja efetivada junto a quem dela precisa? É possível um aumento de vida útil dos equipamentos adquiridos nesse momento de pandemia? Dessa forma, alguns dos aspectos mais importantes, acabam relegados ao segundo plano, a saber: pensar, refletir e preparar, quanto ao que fazer e a como fazer.

Entendendo que a EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É impossível pensar em EPS, sem ponderar o trabalho reflexivo, e, a própria ressignificação dos sentidos do trabalho e o cotidiano das práticas laborais. O enfrentamento à pandemia tem possibilitado a reflexão do papel desempenhado pela ESP/MA enquanto instituição de ensino, levando-nos a perceber a necessidade de capilarização das ações, assim como a reestruturação das formas de trabalhar a EPS no território do Estado (a exemplo da essencial aproximação com os núcleos de EPS dos hospitais e da Atenção Básica, então, existentes).

Portanto, a pandemia tem mostrado que a preocupação quanto ao desenvolvimento e mudança do modelo de atenção e cuidado em saúde, perpassa o fortalecimento dos profissionais da saúde, e que a EPS deve emergir como estratégia nesse processo de transformação da práxis dos trabalhadores.

Também cabe ressaltar que a partir da mudança do cenário de trabalho (temporariamente, para o setor da Vigilância), foi possível identificar a necessidade de uma maior aproximação e articulação com as áreas técnicas da SES/MA, para que possamos enquanto Escola, mapear a realidade com seus desafios, necessidades e expectativas, fomentando ajustes às estratégias metodológicas, bem como a criação de vínculos e, essencialmente, apostando na resolução dos problemas, mediante a interação dialógica. A tarefa, *a posteriori*, será efetivar esta postura, de modo mais assertivo, mapeando e inserindo as necessidades de cada área técnica.

Outro ponto a ser enfrentado será a retomada das ações, acrescidas da estruturação dos cursos e processos de educação permanentes não presenciais. Como a instituição não tem expertise nesse âmbito, e nem dispõe de estrutura tecnológica para tal, será necessária a criação de uma plataforma *on line* e readaptação dos projetos formativos em vista desta modalidade, pois é preciso pensar estratégias para atender aos decretos federais, estaduais e municipais, considerando a (incerta) duração da pandemia e as medidas de distanciamento social.

Ademais, a ESP/MA possui mais de 15 turmas de cursos técnicos com atividades paralisadas há três meses face à COVID-19 em todo o Maranhão, sendo premente discutir com os municípios o planejamento do retorno às atividades, em razão da interiorização do vírus. Portanto esta não constituirá uma decisão fácil, e com isso a viabilidade de retorno presencial ou remoto, dependerá da capacidade instalada de cada município e do cenário epidemiológico específico em cada localidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário da COVID-19 é marcado por uma rápida produção de conhecimentos sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2), o que exige a atualização constante de profissionais que atuam na área da saúde sobre medidas de prevenção e controle da doença. Acrescida a esse aspecto, há a recomendação sanitária do distanciamento social, como medida protetiva, e a disseminação da pandemia nos diversos municípios maranhenses.

A experiência narrada reflete um pouco do trabalho desenvolvido no âmbito da ESP/MA e os desafios de ofertar formação e qualificação aos profissionais de saúde, nos 217 municípios que compõem o território estadual. Esta atuação pauta-se em consonância aos princípios da EPS, em que os processos de ensino e aprendizagem se incorporam ao cotidiano do trabalho e das organizações (BRASIL, 2017). Desse modo é preciso repensar as ações de EPS no estado frente a esses desafios e o novo contexto sanitário.

Reconhecemos que as iniciativas narradas, ainda que seminais, somadas à experiência acumulada pela ESP/MA, e apesar dos desafios, apontam para um horizonte criativo e promotor de transformações no âmbito da educação na saúde e na qualificação das ações desenvolvidas pelos profissionais nos serviços. Tais ações coadunam com a missão da Escola em atuar como instituição de referência no Estado, efetivando sua missão formadora e propulsora de transformações, por meio da EPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência: Desenvolvimento de Metodologia**. 2ª. Ed ver. – Porto Alegre, 2018.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004 e Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 GM/MS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1.

MACIEL JAC, et al. Discurso do sujeito coletivo das concepções sobre educação permanente em saúde de gestores e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, 2019; 7:117-134.

MARANHÃO. **Projeto Político Pedagógico da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão**. São Luís, 2020.a

MARANHÃO. **Plano Estadual de Contingência do Novo Coronavírus (COVID-19)**, 4º ver. São Luís, 2020.b

REDE ESCOLA. Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. **Apresentação da Escola**. Manginhos, Rio de Janeiro – RJ, 2020.

SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DO SUS: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO COMUM E NA AFIRMAÇÃO DAS VIDAS NO CONTEXTO DA COVID-19

Ana Kalliny de Souza Severo

Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

1. INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia, um problema de Emergência de Saúde Pública de importância internacional. Até o início de julho de 2020, foram confirmados 11.500.302 casos de COVID-19 no mundo, gerando 535.759 mortes (OPAS, 2020). Os impactos complexos, incluindo sociais, econômicos e em saúde geram sofrimento psíquico na população mundial e desafios para o trabalho em saúde e para a saúde mental.

Um elevado número de pessoas doentes e de mortes no contexto de uma pandemia envolve alto risco psicossocial. De acordo com estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde, entre um terço e metade da população pode vir a sofrer alguma psicopatologia, em função da magnitude do evento e da vulnerabilidade (OPAS, 200-). Estima-se que os problemas de saúde mental serão intensos, diversos e significativos, exigindo diferentes tipos de planos de cuidados de acordo com a fase da pandemia e com seus impactos (FARO et al, 2020; OPAS, 200-)

Em países que estão em fases mais avançadas da pandemia, perceberam-se elevados níveis de stress, ansiedade, depressão, dependência em relação a substâncias psicoativas, dentre outros problemas na população em geral e naqueles que estão na linha de frente: os profissionais de saúde (FARO et al, 2020).

Diante dos desafios impostos pela pandemia, é fundamental considerar os problemas vivenciados pelos trabalhadores da saúde. Eles expressam maior vulnerabilidade pelas condições de trabalho em situações de catástrofes, tais como, grande número de doentes para atender, manipulação de cadáveres, serem observadores de situações que geram dor, dentre outras (OPAS, 200-; FARO et al.,2020).

De acordo com resultados de pesquisas realizadas junto a trabalhadores dos serviços essenciais brasileiros, sendo a imensa maioria profissionais da saúde, 54% afirmaram estar em sofrimento psíquico em decorrência do trabalho. Isso expressa um fazer profissional rodeado pelo medo devido à baixa proteção, ausência de treinamento específico, queixas por equipes reduzidas, “vendo colegas serem contaminados e morrerem, arriscando a si mesmos (muitos são do grupo de risco) e ainda contaminar as respectivas famílias, além de exercer uma jornada de trabalho exaustiva” (PSI, 2020, p. 13).

Além disso, a pandemia emerge no Brasil em um momento de extrema precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de diversas políticas sociais, o que se intensificou desde o governo Temer até presente momento (CEBES, 2019), com redução significativa de investimentos orçamentários em função de políticas neoliberais. Isso se reflete no desmonte da Estratégia Saúde da Família (ESF) com ataque aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); no desinvestimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em detrimento do investimento em dispositivos manicomialis e a crescente precarização do trabalho em saúde (DELGADO, 2019).

Desse modo, o SUS, assim como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), têm sido convocados a responder às demandas geradas pelo contexto pandêmico em um momento de imensa precarização. Quando consideramos o contexto nordestino, este cenário torna-se ainda mais grave uma vez que é uma das regiões mais pobres e com maiores índices de desigualdade social e conseqüentemente com maiores vulnerabilidades em saúde, associadas aos baixos investimentos no SUS em toda a região.

Diversos órgãos governamentais têm emitido orientações e notas técnicas para estruturação dos serviços de saúde mental. No Rio Grande do Norte (RN), de acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 1/2020/SESAP de março de 2020, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, além de reestruturação das atividades de cuidado e gestão das equipes de trabalho, outras demandas devem ser abordadas, tais como: orientações de biossegurança, atendimento aos profissionais de saúde em situações de estresse e ansiedade, além da população em geral, que apresente:

“a) reações de medo, pânico, preocupação intensa com a sua saúde e de familiares que podem ter sido expostos ao COVID-19; b) mudanças no padrão do sono e alimentação; dificuldades para dormir ou se concentrar; piora de problemas crônicos de saúde; c) aumento da ingestão de álcool, tabaco e outras drogas” (SESAP, 2020, s/p.).

Diante da complexidade das demandas e necessária construção de ações, propomos analisar as respostas aos problemas de saúde mental da população em geral e dos trabalhadores de saúde em particular, no contexto da crise da pandemia, a partir de dados empíricos gerados em reuniões de gestão em uma das regionais de saúde do RN.

2. A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO CENÁRIO PANDÊMICO POTIGUAR

A complexidade colocada pela pandemia exige que os planos de cuidado sejam desenvolvidos em diferentes linhas de ação, sendo necessário considerar as diferentes fases das crises na saúde pública (FARO et al., 2020) e suas repercussões antes, durante e depois nas manifestações psicossociais frente a pandemia (OPAS, 200-).

Assim, em uma primeira linha de atuação exige-se que os trabalhadores da saúde reconstruam as estratégias de cuidado para os usuários do serviço e usuários novos frente às recomendações de isolamento e distanciamento social. Os Projetos Terapêuticos precisam ser reavaliados e as estratégias grupais de cuidado presenciais precisam ser revistas, evitadas ou modificadas (BRASIL, 2020; SESAP, 2020).

Uma segunda linha de cuidados a ser considerada é a atenção em saúde mental das pessoas acometidas pela COVID 19 e seus familiares. Em estudos citados por Faro et al. (2020), aponta-se a expressão de sofrimento psicológico e somático, por vezes considerados graves, nos pacientes confirmados ou com suspeita da COVID-19 e seus familiares, exigindo a construção de cuidados específicos. No Brasil, reportagens veiculadas nacionalmente sinalizam para situações de preconceitos e humilhações vivenciados por usuários infectados pela COVID-19 e seus familiares, o que pode gerar sofrimento psicossocial.

Uma terceira linha de ação diz respeito à atenção em saúde mental para os trabalhadores da saúde. No SUS, estão atuando cerca de 3,5 milhões de trabalhadores no contexto da pandemia, e dentre os principais desafios enfrentados por eles estão a falta de equipamentos de proteção individual, sobrecarga de trabalho e impactos na saúde mental (FIOCRUZ, 2020). Ainda nesse contexto, consequências graves estão ocorrendo como o recorde no número de mortes de profissionais da enfermagem (SINDSAÚDE, 2020), além de preconceito e discriminação com profissionais de saúde que lidam diretamente com a COVID-19.

Além disso, as mulheres são a maioria dentre os profissionais afetados, o que

dá margem para analisar essa questão a partir das desigualdades de gênero: dupla – ou tripla- jornada de trabalho feminina, menores salários, maior precarização das relações de trabalho, falta de compartilhamento das tarefas domésticas com a família, mulheres como chefias de família e portanto maiores responsabilidades, pressão e sobrecarga de trabalho, agravadas por exposição ao assédio moral e/ou sexual (PSI, 2020, p. 13).

No que se refere ao estado do RN, existem cerca de 12% do total de óbitos de trabalhadores da saúde do Brasil em consequência da COVID-19, e os profissionais têm trabalhado

em unidades com más condições físicas, sem insumos e EPIs de qualidade. A sobrecarga de trabalho é grande e sofrem também com assédio moral. Soma-se a isso a tensão de contrair o vírus devido à irresponsabilidade dos governos (SINDSAÚDE, 2020, s/p).

Outras queixas ainda referem o distanciamento social da família em função da necessidade de protegê-los de infecções pela COVID-19, frustração perante insucessos no tratamento e morte de pacientes, além da tristeza por lidar com o falecimento de colegas de trabalho (CARVALHO, 2020).

Assim, percebemos que as demandas relacionadas à COVID-19 convoca o campo da Atenção Psicossocial a responder em diferentes linhas de ação, além daquelas já existentes, agregando novos desafios para a RAPS.

2.1 Que ações estão sendo produzidas? Uma breve análise sobre as respostas na atenção à saúde mental

Frente ao aumento das demandas em saúde mental da população em geral, e dos trabalhadores de saúde em particular, faz-se necessário mapear e refletir quais as respostas que vêm sendo produzidas para esses problemas.

No mês de março de 2020, a Secretaria de Saúde Pública no estado do RN emitiu recomendações acerca da atenção em saúde mental para a população em geral, incluindo profissionais de saúde. A partir de iniciativas da coordenação estadual de saúde mental, tem-se desenvolvido reuniões periódicas nas regiões de saúde com profissionais de referência da saúde mental nos municípios, com a finalidade da inclusão de ações em saúde mental nos Planos de Contingência Regionais e Municipais de Enfrentamento à COVID-19.

O RN possui uma população de 3.442.175 habitantes e conta com oito regiões de saúde. Uma destas regiões de saúde possui cerca de 5,8% da população do estado (N= 199.190 habitantes), e abrange 21 municípios. Tal região possui atualmente dois CAPS tipo I, um tipo II, e um CAPS AD, sendo um deles um CAPS III. Nos encontros que estão sendo desenvolvidos com os profissionais de referência em saúde mental nessa região, tem participado, em média, treze trabalhadoras e trabalhadores, em sua maioria psicólogos e assistentes sociais. São profissionais com diferentes vínculos institucionais, dentre eles: a gestão estadual de saúde, equipes de NASF-AB, CAPS, ou ainda das prefeituras diretamente, sem pertencimento a uma equipe específica. Participamos desses encontros em uma das regiões de saúde, como representantes da Universidade.

Os profissionais mencionam que existiram reestruturações em seu processo de trabalho e de cuidado no contexto pandêmico. Eles relataram ainda que todos os municípios têm Planos de Contingência de Enfrentamento à COVID-19, mas nem todos incluíram ações de saúde mental, apesar de estarem ofertando ações nessa perspectiva, quais sejam:

- Apoio psicológico por telefone;
- atendimentos por video-chamada ou ligações de celulares pelo profissional de psicologia;
- Continuidade de atendimentos psiquiátricos presenciais;
- atendimentos e atividades presenciais suspensas, com a adoção do apoio

psicológico para usuários que testaram positivo para a COVID-19, pessoas com sintomas de ansiedade e casos suspeitos;

- Ações junto aos profissionais de saúde, incluindo escuta psicológica e atendimento psiquiátrico;
- Inclusão da demanda AD em um CAPS II em função do fechamento de um CAPSad;
- Plantão para acolhimento de profissionais de saúde que atuam na linha de frente;

Foram mencionadas ainda mudanças referentes à gestão do trabalho e educação na saúde por alguns profissionais, que dizem respeito à:

- Em função das medidas de distanciamento social, há uma divisão das equipes em escalas de trabalho e redução de tempo do profissional no serviço, o que gerou problemas de comunicação e fragmentação do trabalho. Para tentar encaminhar tais problemas, foi adotado o livro de ocorrências.
- Parcerias do NASF-AB com os ACS, com elaboração de panfletos com a finalidade de identificar os casos de maior gravidade;
- Grupos no WhatsApp para comunicação interna da equipe dos CAPS, além de discussões com a Atenção Primária à Saúde (incluindo os ACS) e discussões de casos com equipes da ESF;
- Capacitação sobre primeiros cuidados psicológicos para profissionais de saúde;

Alguns profissionais narram que receberam a demanda de profissionais de saúde que se sentem adoecidos, cansados, ansiosos, mediante o enfrentamento da COVID-19. Entretanto, alguns profissionais de referência em saúde mental enfrentavam dificuldades para ofertar esse apoio.

Uma das profissionais psicólogas menciona que não se sente parte de equipe nenhuma, que ora era parte da Atenção Primária à Saúde (APS), ora do Centro de Referência em Assistência Social, e no momento estava sozinha. Afastada por ser do grupo de risco, já teve momentos de adoecimento em função do trabalho e atualmente faz teleatendimentos, expressando sentir-se sem apoio da gestão. Nesse momento, outra psicóloga se coloca à disposição para apoiá-la e diz da importância de trabalhar com os ACSs e de estar na equipe do NASF-AB. Enfatiza a importância do trabalho no território em articulação com a ESF e ainda afirma que estão incluindo ações em saúde mental no Plano de Contingência municipal.

Outro psicólogo afirma que está desenvolvendo encontros de suporte psicossocial com profissionais da APS sobre questões de saúde mental dos trabalhadores. Entretanto, tal profissional exerce duas funções porque outros profissionais psis estavam afastados em função da pandemia. Recentemente esteve doente com COVID-19 e relata que, apesar de estar bem fisicamente, se sente fragilizado depois da doença.

É notório que os atendimentos ofertados para os casos de pacientes com COVID-19 ou suspeita, dizem respeito, quase que exclusivamente, ao profissional da psicologia e da

psiquiatria. Isso nos remete a uma psicologia que se ancora na clínica individual e privada e à psiquiatria ambulatorial com práticas que podem conduzir à medicalização da vida.

Curioso perceber que em um momento de pandemia, adoecimento e morte em massa, a psicologia tende a enfrentar as problemáticas produzindo respostas de caráter individualizante. Observa-se que uma das primeiras respostas ofertadas para a população em geral na pandemia foram os teleatendimentos individuais por parte do profissional psicólogo. A esse respeito caberia indagar: será que estamos produzindo uma psicologização do enfrentamento dos problemas advindos da pandemia, acionando estratégias profissionais “mais seguras” e próprias do saber-fazer hegemônico da psicologia?

Benevides (2005) apresenta uma análise crítica do exercício da psicologia no SUS, questionando o papel do psicólogo frente às políticas públicas de saúde e aponta questões problemáticas:

a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias o individual se separou do social, a clínica se separou da política, o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, a clínica se separou da saúde coletiva (BENEVIDES, 2005, p.22).

Essas separações e dicotomias expressam-se no campo da saúde coletiva, sob a forma da fragmentação das práticas de cuidado, acarretando sobrecarga de trabalho dos profissionais em seus especialismos “psi”. O que trazemos como análise da fragmentação do trabalho em saúde, não se restringe apenas a psicologia, mas abrange as demais profissões da saúde, ainda que em cenários de aumento de demandas de sofrimento psíquico esta sobrecarga recaia sobre os profissionais “psi”. Dentre esses, estão os psiquiatras e as demandas dirigidas à psiquiatria como campo de saber que atua numa cultura terapêutica contemporânea que promove medicalização da vida e patologização do sofrimento psicológico (POMBO, 2017), além do consequente aumento do consumo de medicamentos psicotrópicos como resposta central em cenários de crise (CALIMAN, PASSOS E MACHADO, 2016).

Além disso, observamos que a maioria das respostas aos problemas de saúde mental ofertadas até o momento, apontam para a fragmentação das redes e reprodução do modelo biomédico com respostas individualizantes, desarticuladas e disciplinares. É possível pensar que a construção dos modelos de atenção psicossocial e de atenção integral à saúde ainda enfrenta muitos obstáculos que foram intensificados com as políticas neoliberais que antecederam a crise pandêmica.

Importante ressaltar a dimensão do coletivo na superação desses obstáculos. O coletivo como um plano comum, como funcionamento em rede necessariamente dialógica. Trata-se de um plano de co-engendramento de pessoas e de mundos, que a partir das

práticas concretas de trabalho constitui um comum, que se realiza num processo de composição capaz de superar os especialismos e a fragmentação no campo da saúde (BARROS; BARROS, 2007).

3. PROPOSIÇÕES À GUIA DE CONCLUSÃO

Diante desse cenário e dos problemas que apontamos no que se refere à saúde mental do trabalhador de saúde, é importante ressaltar que ainda temos poucos elementos para uma análise mais aprofundada que nos permita indicar caminhos seguros a seguir na atualidade. Estamos todos em meio a uma crise, com muitas incertezas. No entanto, acreditamos que os caminhos a afirmar seguem os mesmos a nos conduzir no fortalecimento do SUS público, universal e de qualidade, e nele da política de saúde mental antimanicomial que cuida em liberdade de todos, sejam eles usuários, sejam eles trabalhadores da saúde.

No atual momento vivenciado pela COVID-19, duas redes de atenção merecem destaque na construção de ações de enfrentamento: a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Como ressaltado anteriormente, a primeira linha de cuidado requer a construção de estratégias de cuidado para os usuários que já frequentam os serviços de atenção psicossocial. A segunda linha de cuidado refere-se à atenção em saúde mental das pessoas acometidas pela COVID-19 e seus familiares. Já a terceira linha de cuidado engloba à atenção em saúde mental para os trabalhadores da saúde. Sendo assim, visualizamos a articulação entre essas redes de atenção para potencializar o trabalho em equipe e em redes.

Para tanto, destacamos que os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) são importantes para esse fortalecimento crítico e qualificado dos modelos de atenção propostos pelas reformas sanitária e psiquiátrica, ainda que se encontrem desinvestidos e fragilizados. Esse aspecto também deve ser levado em consideração numa análise das respostas ofertadas até o momento, uma vez que indica como os processos de articulação e respostas integradas que seriam esperados neste momento não se dão por que os profissionais não se sentem qualificados para lidar com as demandas de saúde mental da população e por enfrentarem também problemas de saúde. Assim, consideramos importante o investimento imediato em políticas de qualificação e em estratégias coletivas de apoio aos profissionais no enfrentamento aos problemas promovidos e/ou agravados pela COVID-19.

O cenário de crise colocado pela pandemia faz ver a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e do trabalho em saúde pública, constituindo oportunidade para investimentos no setor. Ao afirmar esta oportunidade, apostamos na produção de espaços (virtuais e presenciais) capazes de fomentar a produção do comum como arte de composição (vital, social e política) (TEIXEIRA, 2015) na afirmação das vidas de todos e cada um dos brasileiros e como resistência a todas as formas de governo que reproduzem os fascismos e genocídios que assistimos com a pandemia e para além dela.

REFERÊNCIAS

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n.2, pp. 21-25; mai/ago.2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica nº12/2020-CGMAD/ DAPES/ SAPS/ MS. **Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da COVID-19 causada pelo novo coronavírus (sars-cov-2)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

CALIMAN, Luciana Vieira; PASSOS, Eduardo; MACHADO, Adriana Marcondes. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 19-39.

CARVALHO, Ícaro. COVID afeta 2,1 mil trabalhadores da saúde no RN. **Tribuna do Norte**. Junho de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/32ZTdhP>. Acesso em: 10/07/2020.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro**. Dezembro de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3jKVfs6>. Acesso em: 10/07/2020.

DELGADO, Paulo Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

FARO, André; et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10/07/2020.

G1. PIAUÍ. **“Pacientes com COVID-19 narram sofrer humilhações e discurso de ódio: ‘A casa do corona é ali’”**. Maio de 2020. Disponível em: <https://globo.com/30Rjr3E>. Acesso em: 10/07/2020.

O POPULAR. **Infectados por coronavírus em Goiás também têm de superar o preconceito.** Abril de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/39CcEii>>. Acesso em: 10/07/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÕES DE EPIDEMIAS.** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [200-]. Disponível em: <<https://bit.ly/3hFYzCZ>>. Acesso em: 10/07/2020.

_____ **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus).** Julho de 2020. OPAS no Brasil. Disponível em: <<https://bit.ly/2EtuEjr>>. Acesso em: 10/07/2020.

POMBO, Mariana Ferreira. Medicalização do sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.** 2017 jan.-mar.; 11(1) Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br

PSI- Internacional de Serviços Públicos. **Trabalhadoras e trabalhadores protegidos salvam vidas: relatório Sintético de respostas.** Julho de 2020. Disponível em <<https://bit.ly/307xS4t>>. Acesso em: 10/07/2020.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA. RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Disponível em <<https://bit.ly/331QHba>>. Acesso em: 10/07/2020..

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA. RIO GRANDE DO NORTE. NOTA TÉCNICA Nº 1/2020/SESAP - SUAS - NUSME/SESAP - SUAS/SESAP - CPS/SESAP. **Nota Técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte com Orientações aos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial durante o Período de Urgência Sanitária da COVID-19.** DOU. Publicado em 10 de junho de 2020.

SINDSAÚDE- RN. **Cerca de 12% dos óbitos de trabalhadores da saúde no Brasil estão no RN.** Julho de 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2CRFMWA>>. Acesso em: 10/07/2020.

TAVARES, Viviane. **COVID-19: a saúde dos que estão na linha de frente.** FIOCRUZ. **Abril de 2020.** Abril de 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/COVID-19-saude-dos-que-estao-na-linha-de-frente>. Acesso em: 10/07/2020.
TEIXEIRA, Ricardo. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.27-43, 2015.



PARTE 4
COMUNICAÇÃO,
INFORMAÇÃO E
COVID-19

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL: DEBATENDO A PRODUÇÃO DISCURSIVA DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA À COVID-19

Edgley Duarte de Lima

Nara Raquel Barbosa da Silva

Mitlene Kaline Bernardo Batista

Túlio Romério Lopes Quirino

1. INTRODUÇÃO

A disseminação da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), em números exponenciais, desvelou uma alarmante preocupação mundial com o controle de sua transmissão, dado seu potencial de infectividade rápido e silencioso, tornando-se um problema de saúde pública. O vírus SARS-CoV-2 foi identificado em dezembro de 2019 na província de Hubei, na China, e desde então vem se alastrando por todos os continentes, realçando de maneira contundente crises instaladas em diversos países.

Desnuda-se, então, o impacto deste agravo nos mais diversos sistemas sanitários do mundo, dado o acento político que engloba a problemática para além de uma questão de saúde, introduzindo discussões pautadas nas tensões sociais e econômicas que acabam sendo potencializadas neste contexto pandêmico. Mais ainda, a COVID-19 passou também a povoar o imaginário social e sua discursividade, por vezes, contraditória, impulsionando uma ampla disseminação de informações nos meios midiáticos por todo o globo (DO BÚ et al, 2020).

Embora tenhamos a noção de que o vírus é o mesmo, a falta de controle e as especificidades de cada sistema de saúde acabam por expor as desigualdades existentes entre os países, que envolvem desde a precarização econômica até a própria falta de estruturação nas redes de atenção à saúde. Tais desigualdades fazem demonstrar certa fragilidade no campo das ações de enfrentamento e de controle da pandemia (FREITAS et al, 2020; CAMPOS, 2020).

Certos de que os desafios são inúmeros, cada país tem buscado construir frentes de controle e combate ao vírus, que, por sua vez, impõe a rápida tomada de decisões e o desenvolvimento de estratégias que possam mitigar seus efeitos mais desastrosos. Porém, tais respostas nem sempre conseguem lograr êxito, situação que pode ser ainda mais acentuada considerando as ações formuladas por parte dos governos federais e seus desdobramentos para os estados e municípios.

Neste âmbito, a comunicação em saúde converte-se como importante estratégia e resposta governamental no enfrentamento à realidade pandêmica. No Brasil, embora este campo tenha ganhado forças apenas a partir da instituição do Sistema Único da Saúde (SUS), no início da década de 1990, ele guarda uma íntima relação com as produções no âmbito da educação em saúde, ainda muito pautada em uma perspectiva pedagógica e comportamentalista das práticas de saúde. A própria criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, contribuiu para a formulação de práticas higienistas que tinham como foco a superação das epidemias, a partir das propagandas e de uma educação sanitária (BERBEL e RIGOLIN, 2011; SILVA e ROCHA, 2013).

Historicamente, a institucionalização de campanhas de saúde no Brasil começa no século XIX, período marcado pela transição da corte portuguesa para o país, dando início ao primeiro projeto de medicina social, baseado numa ordem higienista e de medicalização dos espaços públicos. Além disso, nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas empreenderam importantes mudanças no campo da saúde pública, sobretudo no controle de doenças infectocontagiosas (BERBEL e RIGOLIN, 2011).

Penteado e Fortunato (2015) argumentam que “os diferentes canais de comunicação são importantes ferramentas e espaços que podem possibilitar que o campo das PP” [referindo-se às Políticas Públicas] (p. 136), ampliem as formas de participação e construção coletiva, envolvendo diferentes atores sociais na discussão sobre as práticas de cuidado em saúde, bem como o engajamento de todos/as na formulação de programas de assistência à saúde.

Contraditoriamente, observamos a proliferação excessiva de informações formais e informais sobre o SARS-CoV-2 no meio social, considerada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2020) como “infodemia”. Tal fenômeno se desdobra em dois grandes efeitos: na falta de fidedignidade das informações divulgadas e compartilhadas, dado seu caráter impreciso e, por vezes, duvidoso; e, como consequência, na sua falta de credibilidade, tendo implicações diretas na identificação, prevenção e adoção de práticas de saúde pela população em geral.

Tal preocupação torna-se ainda mais relevante, tendo em vista que as ações e a adoção de medidas de cuidado precisam estar alinhadas com as orientações divulgadas nos meios de comunicação, sobretudo, no que tange à realidade atual de enfrentamento da pandemia.

Dito isso, este trabalho pretende explorar e direcionar esforços analíticos sobre os planos de contingência à COVID-19 formulados pelos estados da Região Nordeste do Brasil, buscando identificar e debater as noções de comunicação em saúde que perpassam o processo de elaboração das ações a serem desenvolvidas em seus territórios de abrangência ante ao atual contexto sócio sanitário.

2. MÉTODO

Partindo das recomendações do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b), coube a todos os estados da união a elaboração de Planos de Contingência à COVID-19, cujo intuito foi traçar ações em saúde para o enfrentamento das diferentes fases da epidemia (alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública), a partir do reconhecimento de eixos prioritários específicos, e ao mesmo tempo definir suas estratégias de desenvolvimento, implicando as equipes gestoras dos municípios na elaboração de seus respectivos planos locais, de modo alinhado.

O processo de seleção do material de análise foi realizado no dia 13 de junho de 2020, considerando as versões atualizadas dos planos de contingência dos estados da região Nordeste, disponíveis até aquele momento (Quadro 01).

As buscas se deram na página *online* “Painel COVID-19”, do Ministério da Saúde, cujo propósito é reunir informações institucionais e documentos oficiais (decretos, portarias, protocolos, planos etc.) que, tomados em conjunto, servem para ordenar/orientar as respostas do nosso país no combate à COVID-19 (BRASIL, 2020c).

No processo de análise dos documentos, partimos da perspectiva construcionista como orientação teórico-epistêmica, de maneira alinhada aos estudos que tomam as práticas discursivas como objeto de reflexão (SPINK, 2004).

Peter Spink (2004) ressalta que, assim como na entrevista, a produção de sentidos também acontece no material discursivo documental e, portanto, precisamos estar atentos/as, como pesquisadores/as, aos processos de construção desses materiais. Estes documentos compõem os discursos produzidos pelo senso comum, veiculando diversos saberes e práticas que servem para orientar determinados comportamentos e ações, bem como os efeitos que produzem (BERNARDES; MENEGON, 2007).

Quadro 01. Caracterização dos documentos selecionados (Planos de Contingência à COVID-19 dos estados do Nordeste, Brasil).

ESTADO	DOCUMENTO	PUBLICAÇÃO	PÁGINAS
Alagoas	Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus 2019-nCoV	Fev/2020	39 pág.
Bahia	Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - 2019-nCoV	Fev/2020	31 pág.
Ceará	Plano Estadual de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública - Novo Coronavírus (2019-nCoV)	2020	74 pág.
Maranhão	Plano Estadual de Contingência do Novo Coronavírus 2019-nCoV	2020	18 pág.
Paraíba	Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)	Jan/2020	40 pág.
Pernambuco	Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).	Abr/2020	28 pág.
Piauí	Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus (2019-nCoV) do Estado do Piauí	2020	33 pág.
Rio Grande do Norte	Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19	02/Abr/2020	173 pág.
Sergipe	Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus 2019-nCoV	2020	48 pág.

Fonte: Os autores.

Ao empreendermos a análise, buscamos considerar alguns elementos que compõem os planos: (1) organização e estrutura do documento; (2) objetivos gerais e específicos; e (3) noções de comunicação em saúde definidas, enfatizando a forma como cada estado nomeia e compreende este eixo de ação. Neste exercício analítico, tomamos o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - COVID-19, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), como importante referência para cotejar os planos estaduais, considerando suas especificidades e adequação, ou não, às realidades singulares.

3. RESULTADOS

Nesta seção, faremos uma breve apresentação dos principais pontos observados nos planos de contingência naquilo que se refere à comunicação em saúde. Optamos por organizar, neste texto, o material em vista de cinco eixos de análise: 1) Modalidades de comunicação; 2) Comunicação e informação; 3) Elaboração de materiais informativos; 4) Comunicação e mídias digitais; e, por último, 5) Comunicação como estratégia de sensibilização.

1) Modalidades de comunicação

Nesse eixo, identificamos duas formas de comunicação mobilizadas no material analisado: a) *persuasiva-argumentativa*, considerada a estratégia de convencimento e,

mais ainda, de proposição de uma reflexão por parte do receptor das informações; e *b) imperativa-diretiva*, aquela cujo objetivo central da informação transmitida é a formulação de ações que, pouco ou quase nada, interpelam o sujeito receptor à reflexão.

A primeira modalidade aparece com maior frequência nos planos de contingência dos estados do Ceará (CE) e do Piauí (PI). No Plano do Ceará é estimulada a reflexão sobre as práticas e necessidades no combate ao novo coronavírus, dado o enfoque na orientação das práticas dos profissionais de saúde que atendem à população, oportunizando uma resposta rápida no acompanhamento. Tal objetivo pode ser observado no fragmento: “Sensibilizar os profissionais para notificação, investigação e realização das ações e controle do 2019-nCoV, de forma oportuna” (CEARÁ, 2020, p. 10).

O plano piauiense, por sua vez, também faz referência à participação dos sujeitos neste processo de corresponsabilização, incentivando-os como protagonistas no combate e controle à COVID-19, tal como descrito no seguinte trecho: “Disseminar informações relacionadas ao coronavírus para a população em geral, para os atores que atuam na saúde, incentivando a corresponsabilização da população no controle da doença” (PIAUI, 2020, p. 32).

Seguindo a ideia de mobilização e sensibilização da população na defesa da saúde, este mesmo plano se desvincula da perspectiva de apenas “divulgar”, o que se observa neste fragmento: “Potencializar a divulgação, discussão e compreensão de temas elegidos como prioritários além de sensibilizar e mobilizar a população na defesa da saúde das pessoas” (PIAUI, 2020, p.32). Com efeito, observamos nestes dois planos que a comunicação configura-se de maneira dialógica, permitindo que os sujeitos possam refletir sobre as ações propostas, sendo tal reflexão uma importante estratégia de enfrentamento à COVID-19.

Ainda no tocante à modalidade de comunicação adotada nos documentos, observamos que os planos da Bahia (BA), Pernambuco (PE), Rio Grande no Norte (RN), Alagoas (AL), Paraíba (PB) e Sergipe (SE) direcionam a comunicação pela modalidade imperativa-diretiva, norteando-a com a finalidade de apresentar as ações e recomendações a serem seguidas, e o panorama epidêmico, reduzindo o espaço para a construção de reflexões sobre as medidas apresentadas, como veremos a seguir:

“Comunicação - Divulgar amplamente os boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes de prevenção e controle da infecção humana pelo coronavírus (COVID-19)” (PARAÍBA, 2020, p. 29).

“Divulgar informações para população em geral em relação às medidas de etiqueta respiratória e higienização das mãos para o 2019-nCoV.”. “Distribuição de materiais informativos sobre as medidas de prevenção e controle do 2019-nCoV” (SERGIPE, 2020, p. 22).

“Divulgar as informações sobre a doença e medidas de prevenção junto à rede serviços de saúde e população” (PERNAMBUCO, 2020, p. 13).

O Plano de Contingência do Maranhão, por sua vez, apresenta-se de maneira breve e sem especificar as ações de comunicação. O processo de comunicação em saúde, embora mencionado ao longo do plano, não detalha os seus desdobramentos na efetivação do mesmo.

Comunicação e informação

São privilegiadas, neste eixo, as produções discursivas que tomam a comunicação em saúde como a ação de divulgar informações e dados importantes para o acompanhamento e enfrentamento da pandemia. A mobilização de verbos no infinitivo definem, pelo menos, duas grandes estratégias: 1) a mobilização para a ação, principalmente, da população em geral; e 2) a delimitação de estratégias de enfrentamento, por parte das equipes gestoras. O uso retórico de verbos, como “divulgar”, “definir” e “elaborar”, apresentados nos planos de AL, BA, PB, PE, RN e SE, demonstram que os textos buscam orientar e definir de maneira imperativa as práticas de cuidado e prevenção em relação ao vírus supracitado.

No que se refere à inserção da população nesse processo de cuidado, observamos que o plano do PI coloca em um cenário de parcerias, um elemento que não é descrito nos demais planos analisados: os movimentos sociais e as lideranças comunitárias, como observado no trecho:

“Disseminar informações relacionadas ao Coronavírus para a população em geral e para atores que atuam na saúde (profissionais, conselheiros, lideranças sociais, movimentos sociais e líderes comunitários), incentivando a corresponsabilização da população no controle da doença” (PIAUI, 2020, p.32).

O plano da Paraíba apresenta como diferencial a interlocução com entidades de profissionais de saúde, conforme o seguinte recorte: “Estabelecer parcerias com entidades de profissionais de saúde para criar canais de comunicação e informação” (PARAÍBA, 2020, p. 29). Estas estratégias de enfrentamento somam-se às ações de notificação, monitoramento e orientação para o manejo clínico dos casos, fortalecendo as intervenções contra a COVID-19.

No que tange às recomendações para os profissionais, observamos que alguns planos apontam orientações gerais, descrevendo pontos a serem analisados e seguidos. Nos planos do Ceará, Sergipe e Paraíba é relatado que essa orientação será subsidiada por processos educativos, disponibilizados por acesso remoto, a exemplo:

“Realização de web palestras para profissionais de saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) (p. 31); Informação e treinamento dos profissionais de saúde para a prevenção e cuidado dos pacientes e familiares; Web conferências para os profissionais da Rede da Assistência, Urgência e Emergência do Ceará” (CEARÁ, 2020, p. 32).
“Promover capacitação através do Telessaúde com os profissionais de saúde da rede de Atenção Primária, Média e Alta complexidade e Vigilâncias de todo estado” (SERGIPE, 2020, p. 19).

3) Elaboração de materiais informativos

Introduzimos nesse eixo a dimensão da construção e ampla divulgação dos materiais publicitários sobre as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Aqui, a comunicação está pautada não apenas como ato de informar, mas como o próprio processo de elaboração de materiais informativos que favoreçam o enfrentamento do vírus, como destacado no

plano de contingência de Alagoas: “Elaboração e divulgação de campanhas e materiais informativos sobre as medidas de prevenção e controle da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)” (ALAGOAS, 2020, p. 36).

O plano do Ceará, além de relatar os locais de acesso a estes materiais, também descreve alguns pontos a serem abordados, com destaque para a condução diagnóstica e qualificação dos profissionais.

“Gravação e divulgação de vídeos com especialista no assunto para a abordagem sindrômica, o diagnóstico e o manejo clínico oportuno e qualificado voltados aos profissionais de saúde, assim como vídeos educativos e informativos para a população” (CEARÁ, 2020, p. 32).

Nos planos de contingência de SE, PE e BA observamos, por outro lado, que a elaboração dos materiais informativos foca nas informações sobre as medidas preventivas e de controle do vírus. Em Pernambuco, a elaboração dos materiais, além de destinar-se a profissionais de saúde e população em geral, também se direciona a “jornalistas e formadores de opinião” (PERNAMBUCO, 2020, p. 17). Na Bahia, destacamos o seguinte trecho: “Elaboração e distribuição de materiais informativo-educativos sobre COVID-19, em acordo com a área técnica da Vigilância em Saúde/SESAB” (BAHIA, 2020, p. 14), enfatizando, portanto, a construção dialogada, junto a outros setores da secretaria de saúde, o que potencializa o enfrentamento.

4) Comunicação e mídias digitais

Observamos nos materiais analisados a predominância da comunicação via redes sociais, com destaque para aquelas que têm mais alcance (*WhatsApp*®, *Instagram*® e *Twitter*®), em detrimento de outros meios de divulgação como a mídia televisiva e impressa. Além disso, recebe grande centralidade e foco de preocupação dos planos a proliferação das *Fake news* e o seu combate. Um trecho do documento do Ceará ilustra isto: “Divulgação de conteúdos por meio das listas de transmissão no WhatsApp existentes no nível central e nas unidades da rede” (CEARÁ, 2020, p. 31). No tocante ao monitoramento dessas redes de comunicação e combate às *Fake news*, destacamos, ainda, o seguinte trecho:

“Comunicação - Realizar abordagem a meios de comunicação regionais para sensibilizar e estabelecer um canal de confiança para informar sobre fatos novos, evitando pânico e a difusão de informações incorretas” (PARAÍBA, 2020, p. 29).

Outro ponto relevante refere-se aos interlocutores apresentados nos planos, a exemplo da rede de comunicação pública (TV, rádios e agências de notícias), áreas técnicas da Vigilância em Saúde em cada estado, secretarias municipais de saúde, assessorias de comunicação, equipes de gestão etc., conforme se denota neste trecho: “Comunicação - Promover coletivas de imprensa com um único porta-voz responsável pela interlocução

com os veículos de comunicação” (PARAÍBA, 2020, p. 29). Optando pela linearidade dos discursos e divulgação das informações, os planos elegem a necessidade de a interlocução entre mídia e saúde ser intermediada por um porta-voz.

5) Comunicação como estratégia de sensibilização

Neste eixo são referidas as estratégias de comunicação em saúde que, para além do ato de informar, buscam sensibilizar e incentivar a sociedade para a adoção de hábitos preventivos. Tal inclusão, como sugerido no plano do Ceará, busca instituir “o autocuidado em sua rotina, de forma sistemática e contínua” (CEARÁ, 2020, p. 30).

Observamos a tentativa de sensibilização da população, de modo geral, como uma das potencialidades para o enfrentamento à COVID-19, visando a incorporação dos cuidados e hábitos informados pelas instituições de saúde. Não obstante, além de compreender sua importância à adoção dos hábitos recomendados, o processo de reflexão pela comunicação, na modalidade persuasivo-argumentativa, apresenta uma abertura para que os sujeitos possam refletir e para que se sintam agentes importantes do processo de cuidado e de combate ao vírus.

4. DISCUSSÃO

Embora os avanços na área da comunicação sejam notórios na atualidade, o campo da comunicação em saúde, apresentado nos planos como importante eixo de atuação da gestão pública em saúde, parte ainda de uma perspectiva que busca ditar comportamentos por meio dos processos informativos, à exceção do observado nos estados do CE e PI.

Assim, frente às questões de saúde relacionadas à COVID-19, as ações adotadas nos documentos estaduais pouco favorecem a construção de análises contextualizadas, bem como o reconhecimento de especificidades em cada estado para produzir seus conteúdos e materiais. De forma recorrente, observamos certa negligência no que tange à potencialização do diálogo e da reflexão por parte dos atores envolvidos, na adoção das ações e do impacto destas em suas vidas.

Observamos que a comunicação em saúde nos planos analisados é, com certa frequência, subsidiada por um discurso biomédico, dada a predominância da modalidade de comunicação imperativo-diretiva, focada tão somente em práticas regulatórias das condutas individuais sob o mote da manutenção do bem estar, as quais, não obstante, se orientam por um viés clínico e de controle aos riscos de adoecimento. Tal perspectiva é corroborada por Silva e Rocha (2013), ao descreverem a ênfase das produções discursivas da comunicação em saúde ainda ancoradas no controle comportamental e na promoção de hábitos saudáveis. Este tipo de comunicação é compreendida e utilizada apenas como ferramenta que tem como finalidade a organização dos fluxos de informações.

Na produção dos planos, observamos uma retórica que posiciona o campo da comunicação em saúde enfatizado à divulgação de informações, cuja finalidade é a adoção

deste “tipo” de comportamentos e condutas, com quase nenhuma flexibilidade para a construção de práticas emancipatórias, que busquem a valorização da participação dos sujeitos (DESLANDES e MITRE, 2009; SILVA e ROCHA, 2013).

Na leitura realizada dos planos dos estados de AL, BA, MA, PB, PE, RN e SE, observamos ainda a pouca atenção dada ao processo de elaboração, de modo participativo, nas suas produções. Os planos dos estados do CE e PI, por outro lado, apresentam suas ações de comunicação pelo viés persuasivo-argumentativo. Ou seja, destacam a necessidade desta comunicação ser pautada em modelos de gestão mais participativa (e de acordo com as situações vivenciadas) para a elaboração de estratégias mais atinentes às demandas singulares e coletivas, em detrimento de conduções centralizadas da comunicação em saúde (SILVA; ROCHA, 2013).

No tocante à elaboração de materiais, Santos et al. (2020) argumentam que a utilização isolada de materiais informativos escritos, apresenta poucos impactos positivos nos processos de intervenção dos profissionais. Na análise aqui empreendida, observamos que apenas nos estados do CE e SE o foco em desenvolver e divulgar as informações está alinhado com a perspectiva da prevenção e do controle do SARS-Cov-2, com referência à capacitação dos profissionais de saúde por meio de atividades remotas.

Não obstante, no conjunto dos documentos, há pouco destaque para os processos de capacitação dos profissionais de saúde, embora haja a disponibilização do acesso ao material informativo, protocolos e notas técnicas, mobilizados para fundamentar este cuidado. Destacamos a necessidade de que, para além de fornecimento de materiais informativos, é imprescindível que a gestão em saúde esteja preocupada com os processos de qualificação profissional.

Quanto à relação entre a comunicação em saúde e as mídias sociais, os planos do Nordeste ressaltam, com certa frequência, a importância do diálogo profícuo com as mídias televisiva e radiofônica. Em relação à inserção de recursos da internet, os planos analisados destacam a utilização destes como ferramenta estratégica para a comunicação em saúde, até mesmo porque tem se reportado um progressivo aumento de sua utilização por meio de aparelhos celulares (IBGE, 2018).

Preocupação especial, neste âmbito, tem sido dada à proliferação de notícias falsas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as *Fake News* têm despertado preocupação ante à COVID-19, visto que elas impactam diretamente nas ações de enfrentamento, dificultando a localização de fontes de informação seguras, que possam ser acessadas pela população em geral (OPAS, 2020). Outro desdobramento disso refere-se aos efeitos deletérios na saúde das pessoas, com impacto na saúde mental, visto que a propagação de notícias sem comprovação científica podem estimular respostas ansiogênicas e depressivas.

No que se refere à comunicação como estratégia de sensibilização para incentivo da sociedade à adoção dos hábitos preventivos, observamos que não há, por parte dos planos,

uma reflexão mais consistente sobre isso. Montoro (2008), ao abordar tal questão, alerta sobre o volume de informações produzido e comunicado na saúde, ressaltando que o conteúdo destas informações e os meios de sua divulgação nem sempre conseguem alcançar os objetivos a que se propõem, uma vez que não garantem a incorporação de novos hábitos na vida das pessoas.

Com efeito, ressaltamos que o processo de comunicação em saúde necessita de abertura para que os sujeitos possam compreender e refletir sobre o que é apresentado, para que, assim, possam aceitar e aderir às recomendações de prevenção à COVID-19 em suas rotinas. Ademais, este processo precisa levar em consideração as singularidades decorrentes de cada território, com suas potencialidades e dificuldades. Como nos ensina Paulo Freire (1983), a comunicação verdadeira deve extrapolar o mero ato da transmissão de informações e conhecimentos, ela precisa ser construída de forma co-participativa, com espaço e abertura para a criticidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho pudemos analisar as noções de comunicação em saúde que tangenciam a elaboração dos planos de contingência formulados pelos estados da região Nordeste do Brasil. Observamos que a maioria destes, direcionaram processos de comunicação sob a ótica imperativo-diretiva, sem se preocupar em estimular os sujeitos à reflexão e análise crítica da situação. Da mesma forma, o modo pensado para a divulgação das informações quanto ao acompanhamento e enfrentamento da pandemia, também ocorrem na perspectiva mais diretiva, principalmente observando-se a discursividade utilizada.

Em alguns planos, a comunicação através da divulgação de materiais informativos, teve como objetivo não apenas informar, mas favorecer a compreensão para a ação. Um dos pontos mais importantes, presente em todos os planos, foi o destaque dado às mídias digitais, com foco no combate às *Fake news*. Além disso, a comunicação tomada como estratégia de sensibilização, foi ressaltada de maneira menos expressiva, destacando-se o estado do Ceará, que incluiu a importância do autocuidado para a população.

Com tais ponderações, destacamos a influência e relevância da comunicação em saúde na ação pública em saúde, dado que as estratégias para esta comunicação precisam ser bem pensadas pelos gestores, principalmente em contextos de emergência sanitária. Os conteúdos analíticos obtidos a partir deste trabalho oferecem como questões para reflexão, alguns elementos-chave:

- Apesar dos avanços obtidos ao longo da história no âmbito da comunicação, a maioria dos planos analisados desenvolveu este dispositivo de modo imperativo e com base em processos mais verticalizados;
- Houve também pouca atenção aos profissionais de saúde, incluindo a escassez de estratégias de qualificação;

- Em contrapartida, uma grande ênfase foi dada à comunicação via redes sociais;
- Ressalta-se ainda, que desde o dia em que os planos foram divulgados, muitas mudanças ocorreram no curso da pandemia, contudo, poucos estados preocuparam-se em atualizar seus planos ou modificar as ações de comunicação em saúde anteriormente definidas.

Ao final, concluímos ser necessário o desenvolvimento de outras iniciativas sobre a temática, principalmente quanto à importância da comunicação em saúde, não só diante de contextos adversos, mas envolvendo diversos processos que permeiam as atividades na saúde pública, seja em nível da gestão, dos serviços, dos profissionais e da população. Neste particular, reiteramos: a comunicação é um elemento-chave para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV**. Versão 3. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2020.

BAHIA. **Plano estadual de contingências para enfrentamento do novo coronavírus: 2019-n CoV**. 1. ed. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2020.

BERBEL, Danilo Brancalhão; RIGOLIN, Camila Carneiro Dias. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 25-38, 2011.

BERNARDES, Jefferson S.; MENEGON Vera S. M. Documentos de domínio público como produtos e autores sociais. **Psico**. v. 38, n. 1, 2007, p. 11-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara emergência em saúde pública de importância nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial União. 4 fev 2020a

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de operações de emergências em saúde pública COE-COVID-19. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b.

BRASIL. **Painel coronavírus**. Coronavírus Brasil. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 junho 2020c.

CAMPOS, Gastão W. S. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00279111. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279

CEARÁ. **Plano estadual de contingência para resposta às emergências em saúde pública: novo coronavírus (2019-nCoV)**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2020.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Processo de comunicação e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

DO BU, et al. Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. **Estudos de Psicologia**, v. 72, n. especial, 2020.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA M.; DONALISIO M. R. Análise da gravidade da pandemia de COVID-19. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 29, n. 2, 2020, e2020119. DOI: 10.5123/s1679-49742020000200008

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agencia IBGE Notícias. **PNAD contínua TIC 2017: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3jLLLx2>>. Acesso: 17/07/2020.

MARANHÃO. **Plano estadual de contingência do novo coronavírus 2019-nCoV**. Versão 1. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2020.

MONTORO, Tânia. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 445-448, Jun 2008.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde. **Entenda a Infodemia e a Desinformação na luta contra a COVID-19**. Página informativa N. 5. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2P7utfn>>. Acesso: 17. Jun 2020

PARAÍBA. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2020.

PENTEADO, Claudio Camargo; FORTUNATO, Ivan. Mídia e Políticas Públicas: Possíveis campos exploratórios. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 87, 2015.

PERNAMBUCO. **Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. Versão 1. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2020.

PIAUI. **Plano estadual de contingência para o enfrentamento da infecção humana pelo coronavírus (2019- nCoV) do estado do Piauí**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo COVID-19**. Versão 2. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; 2020.

SANTOS, Bruna Denardi dos; RECH, Rafaela Soares; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Elaboração de materiais informativos escritos para divulgações e recomendações em fonoaudiologia para profissionais da saúde. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2020.

SERGIPE. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV**. Aracajú: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe; 2020.

SILVA, Vivian C.; ROCHA, Cristianne M. F. **A Comunicação em Saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Peter Kevin. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 41-61.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE INCLUSIVA NA PANDEMIA: ATUAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS DE UMA UNIVERSIDADE DO SERTÃO BRASILEIRO

Isabel Dielle Souza Lima Pio

Karla Daniele de Sá Maciel Luz

Deuzilane Muniz Nunes

1. PANDEMIA, INFODEMIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE INCLUSIVA

O ano de 2020 iniciou com um grande desafio global para a saúde pública. A *coronavirus disease 19* (COVID-19), doença causada pelo vírus da família coronavírus, SARS-COV-2, foi identificada primariamente na cidade chinesa de Wuhan em dezembro de 2019 e desde então, vem fazendo vítimas em diferentes países. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia da COVID-19, devido a disseminação confirmada em todos os continentes (OMS, 2020). Nos meses seguintes, a América do Sul passou a ser considerada o epicentro da pandemia (WIERSINGA et al., 2020) e no Brasil, dados do Ministério da Saúde de 17 de julho de 2020, informam que mais de dois milhões de brasileiros confirmaram a contaminação pelo coronavírus, com 77.851 óbitos, sendo um dos países de maior registro da doença no planeta (BRASIL, 2020).

A pandemia de COVID-19 acontece de forma diferente das outras reconhecidas pela história da humanidade, uma vez que vem acompanhada pela disseminação rápida de um grande volume de informações. As Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) são importantes aliadas ao contribuir para minimizar o impacto da disseminação, permitindo um maior alcance das práticas de educação em saúde (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020), através de redes sociais e outros meios de comunicação. Contudo, infelizmente se disseminam também - e na mesma proporção- , informações equivocadas, incluindo falsas medidas de prevenção e cura (PULIDO et al, 2020), fenômeno que se constitui em um problema de saúde pública concomitante, denominada infodemia, mobilizando governos no tocante à elaboração de políticas de divulgação de informações baseadas em evidências (ZAROCOSTAS, 2020).

Assim, a ampla divulgação de notícias falsas tem dificultado a prática da educação em saúde, no contexto da pandemia (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020). Entende-se educação em saúde como um conjunto de práticas que contribuem para promover a autonomia das pessoas no seu cuidado em saúde, a fim de alcançar o atendimento integral em conformidade com suas necessidades (BRASIL, 2006). Estabelecer um diálogo, que requer a participação do indivíduo/família e maior compreensão sobre o seu contexto de vida (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020) é um grande desafio, que se agiganta ao pensar esse processo inclusivo a todas as pessoas, com todas as suas diversidades, deficiências e variados níveis de escolaridade.

As ações de educação em saúde devem ser realizadas com e ofertadas a toda a sociedade, independentemente do nível de educação, da condição física, do gênero, da orientação sexual, entre outros aspectos. A educação precisa acontecer de forma a incluir todos, sendo adequada a metodologia de abordagem/intervenção pelos profissionais de saúde, de acordo com a necessidade específica de cada pessoa, inclusive as pessoas com deficiência.

Essa perspectiva é também legitimada pela Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que aponta que nos serviços de saúde deve ser assegurado o acesso efetivo da pessoa com deficiência. Dessa forma os profissionais de saúde devem ser preparados para trabalhar com pessoas com deficiência em toda sua especificidade, em todos os ambientes e serviços, inclusive de informações em saúde. É importante destacar que a recusa do cuidado à pessoa com deficiência é passível de punições legais (BRASIL, 2015).

Nesse cenário em que a infodemia traz grandes prejuízos à educação e cuidado em saúde de todos os indivíduos, diversos dispositivos que trabalham com essas temáticas - como Centros de Informação sobre Medicamentos (CIMs), passaram a direcionar a produção de seu conteúdo a fim de fornecer informações com base científica sobre o coronavírus, alertando a população quanto aos sintomas, meios de transmissão, prevenção e tratamento da doença. Por sua vez, o Centro de Informação sobre Medicamentos da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CIM/Univasf) também realizou esse movimento, mas focando na disponibilização de conteúdos acessíveis e inclusivos, através de linguagem simples, mas também com tradução em Libras (Língua Brasileira de Sinais) para a comunidade surda, e com a adesão a descrição das imagens para as pessoas cegas, além de se utilizar da ludicidade de infográficos e da literatura de cordel.

2. ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVER INFORMAÇÕES ACESSÍVEIS UTILIZADAS PELO CIM/UNIVASF NA PANDEMIA

O Centro de Informação sobre Medicamentos da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CIM/Univasf) foi fundado em 2015 e está localizado no campus Petrolina-sede da Univasf, no sertão pernambucano. Constitui-se numa atividade de extensão permanente do Colegiado de Farmácia da Univasf e do Núcleo de Estudos em Farmácia Social (NEFarmS),

com a missão de fornecer informações sobre medicamentos com caráter técnico-científico, atualizado, impessoal, baseado nas melhores evidências científicas para população e profissionais de saúde, por meio de rede sociais, atendimento presencial ou por via remota, de forma acessível e inclusiva, com vistas a promover o uso racional de medicamentos.

A equipe do CIM/Univasf é formada por estudantes dos cursos de saúde como Farmácia, Enfermagem e Psicologia, farmacêuticos e docentes farmacêuticos. Conta ainda com a valiosa colaboração de estudantes de graduação que são cordelistas, outros intérpretes em Libras, bem como da equipe do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão, o NAI/Univasf. Para manter a comunicação permanente e rápida entre os membros da equipe, foi criado um grupo em um aplicativo de transmissão de mensagens instantâneas (WhatsApp®) A partir desse grupo e de reuniões virtuais semanais, via webconferência, foram estabelecidos os métodos de criação de todo o conteúdo durante a pandemia, fazendo uso do formato de tarefas denominado *home office*.

O trabalho do CIM/Univasf é consonante com as diretrizes do Conselho Federal de Farmácia (CFF) para a profissão farmacêutica no atendimento à pessoa com deficiência. A Resolução nº 662 de 2018 estabelece que o farmacêutico tem o dever de dispensar à pessoa com deficiência a mesma qualidade de atendimento destinado à pessoa sem deficiência, sem qualquer discriminação. Para isso, deve ser parte da vivência farmacêutica o uso de tecnologias assistivas e reduzir barreiras de comunicação, buscando novos aprendizados sobre as formas de comunicação, incluindo a língua de sinais (CFF, 2018).

Os atendimentos do CIM/Univasf podem ocorrer de maneira presencial, via e-mail, por ligação a telefone fixo ou por meio de aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp®). No momento de pandemia, entretanto, as ações presenciais estão sendo realizadas somente quando estritamente necessárias, enquanto as atividades virtuais ganharam destaque. Assim, as páginas nas redes sociais virtuais Facebook e Instagram (Facebook®.), o site oficial do CIM no portal da Univasf e o canal do YouTube® estão sendo fortemente utilizadas com a finalidade de divulgar as atividades realizadas pelo CIM, mas principalmente para publicação dos materiais informativos desenvolvidos e como meio de contato para que o usuário envie suas dúvidas (via formulário eletrônico do site e *direct* no Instagram®).

A construção das informações são sempre baseadas em uma pergunta de pesquisa (o tema da informação), que pode advir dos usuários mediante o contato com o CIM/Univasf ou elaborada pela equipe, através da análise de publicações que estão sendo distribuídas de forma rápida e ampla na internet, ou que são identificadas pela equipe como demandas que têm necessidade de ação educativa por sua importância em promover saúde no contexto da pandemia. Nessa etapa, optou-se pelo uso da estratégia PICO (GALVÃO; PEREIRA, 2014) e são utilizados descritores estabelecidos no vocabulário científico, como no Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

A busca pelas evidências na literatura científica são realizada nas diversas bases de dados, como PubMed/Medline; LILACS; Scopus; Web of Science e SciELO, além do Portal

de periódicos (CAPES/Ministério da Educação do Brasil). Pesquisa-se ainda em fontes confiáveis com conteúdo da literatura cinza, como os sites do Ministério da Saúde do Brasil, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Depois de finalizada a pesquisa, as informações são analisadas criticamente, quando é definido de forma clara qual o conteúdo específico daquele tema é considerado como ponto central da publicação. Na sequência é definido quem será o público alvo, que em linhas gerais pode ser: profissionais de saúde e/ou sociedade em geral. Só neste momento, se alcança a fase crucial de desenvolvimento da informação em si, seguindo então para a elaboração da(s) publicação(ões). É preciso, entretanto, ter clareza quanto à especificidade da informação a ser trabalhada, sobre quais objetivos deseja atingir e conhecer bem seu público, o que tem sido bastante difícil quando se trabalha no mundo virtual das redes sociais. Por isso, a perspectiva da inclusão entra como um ponto estratégico para esse alcance ser mais efetivo.

O desenvolvimento do informativo a ser publicado deve levar em consideração qual(is) a(s) melhor(es) estratégia(s) para promover educação em saúde com informações acessíveis e inclusivas a serem postadas nas redes sociais. As ferramentas utilizadas em cada publicação informativa procuram direcionar a educação em saúde para um aprendizado que compreenda aspectos cognitivos, afetivos e psicomotores. Estas podem ser divididas em quatro abordagens diferentes, a saber: (1) uso de infográficos; (2) vídeos em Libras ou com tradução para a língua de sinais, com áudio e legendas em português; (3) linguagem popular com regionalismo e literatura de cordel; e (4) estratégia #pracegover.

O uso de infográficos é uma ferramenta que permeia todas as publicações do CIM/Univasf. Envolve uma estratégia com linguagem visual, agregando imagens e texto, para auxiliar na compreensão das informações. É utilizado geralmente de forma estática, mas a depender do objetivo informacional é agregado a animação com vídeos curtos, principalmente quando é voltado para desenvolver habilidades ditas psicomotoras, quando, por exemplo, o objetivo é ensinar a executar uma tarefa, como colocar e tirar a máscara adequadamente. A parte textual é reduzida e objetiva, sendo preferível a linguagem popular, evitando termos técnicos, que são usados apenas quando não tem como ser substituído e é essencial a sua inserção para a comunicação ideal acontecer. Usa-se termos técnicos de forma mais livre apenas em publicações com conteúdo mais direcionado ao profissional de saúde, como nas divulgações das notas técnicas. Entre as postagens infográficas do centro há o quadro educacional “*Fake ou Verdade*”, que usa formato visual padrão e uma alusão a jogos interativos de conhecimentos.

Essa abordagem infográfica, intenciona criar uma mensagem atraente para o público, sem distinção de classe social ou nível de escolaridade. A informação em sua forma mais ampla só é possível, minimamente, quando o usuário da rede sabe minimamente ler, devido a parte textual, mas a imagem já consegue passar um pouco da informação. Para cada pessoa, de acordo com suas especificidades (cegos, surdos, pessoas que não sabem ler ou não

dominam português) são utilizadas outras ferramentas, juntas na mesma publicação, ou são utilizadas as mesmas informações em duas ou mais publicações com formatos diferentes, utilizando outras abordagens.

O vídeo em Libras ou com tradução para a língua de sinais, que contenham áudio e legendas em português é a abordagem que mais une acessibilidade e inclusão à informação em saúde. Ele consegue atingir uma forma de comunicação quase que global, com efetiva inclusão e acessibilidade de pessoas surdas. A pessoa cega tem acesso ao vídeo através do áudio, assim como a pessoa sem nenhuma escolaridade, que consegue unir a voz com os elementos visuais presentes e assim alcança o conteúdo informado.

Uma outra abordagem de publicações que vem conseguindo ampliar o perfil inclusivo do CIM/Univasf é a utilização de linguagem popular com regionalismo e literatura de cordel. Desde 2018 foi criado o quadro “Oxente, se Oriente” do CIM, com a finalidade de promover informações a partir de imagens educativas em linguagem popular nordestina, valorizando a cultura regional onde o Centro está inserido. Os trabalhos do “Oxente, se Oriente em Cordel” ganharam força já durante a pandemia, buscando um poder ainda mais agregador nos versos e nas rimas. O cordel traz consigo toda sua simplicidade em meio a linguagem fácil e agradável, chamando a atenção das pessoas, tornando-o um instrumento de educação em saúde de grande potencial.

Cabe destacar ainda que a apresentação do cordel é feita em declamação em vídeo, com tradução em Libras, com legenda e fundo musical, garantindo maior acessibilidade e inclusão da informação e da cultura nordestina. O campo afetivo é afetado por esse tipo de informação, envolvendo a sensibilização e interesses pessoais intrínsecos. Desperta o senso de identidade e reflexão e pode ter potencial ampliado para provocar mudança de comportamento e conduzir a adesão de novas práticas de saúde. Unir informação e literatura de cordel tem sido uma das melhores estratégias para sensibilizar um maior número de pessoas marcadas pelas tradições da cultura sertaneja.

Por fim, é utilizada ainda a descrição #pracegover. Esta frase “pra cego ver” é uma forma de destacar a palavra “ver” com o sentido de promoção de acessibilidade, de “ter acesso” a algo. Essa ferramenta funciona como “texto alternativo” das redes sociais, que permite ao gerenciador do perfil descrever todas as imagens que publica, de forma independente. Fazendo isso, permite o acesso das informações pelas pessoas cegas que utilizam leitores de tela. Quando é realizada a descrição da imagem no local adequado do texto alternativo, a pessoa que usa o leitor de tela, ao clicar na imagem, a sua audiodescrição é iniciada. Isso não acontece se a descrição for feita na legenda da publicação, por isso é importante ter atenção ao uso adequado da estratégia. Esse texto não fica visível para os usuários que não usam este leitor em seu equipamento eletrônico (MORAES, 2018).

O CIM/Univasf utiliza a #pracegover em texto alternativo no Instagram® e Facebook®, mas pode ser encontrada em outras redes sociais também. Tem sido realizada nas publicações em imagens, que são descritas da esquerda para a direita e de cima para

baixo. São informados os elementos que estão presentes na imagem e suas cores. O símbolo *hashtag* (#) é inserido na legenda como forma de mostrar as pessoas videntes que está sendo utilizada a ferramenta inclusiva. Aqui é preciso mencionar um ponto em que o CIM/Univasf ainda precisa avançar: a audiodescrição dos vídeos. Trabalho esse já planejando para ser realizado futuramente.

Assim, os materiais informativos do CIM/Univasf são produzidos pelos estagiários a partir de uma ou mais dessas abordagens. Para finalizar, há a etapa de correção, que é desempenhada pelas docentes farmacêuticas responsáveis pelo centro. Nenhuma informação é publicada sem a revisão, que garante um conteúdo qualificado, seguro, inclusivo e acessível ao público-alvo. A publicação acontece prioritariamente no Instagram® (@cim.univasf), além do site do CIM (<http://portais.univasf.edu.br/cim>), do Facebook® (Cim Univasf), e ainda, quando é vídeo, pelo canal no YouTube® (CIM Univasf). Além das redes sociais, a equipe compartilha os links dos conteúdos em aplicativos de mensagens instantâneas a partir de seus perfis pessoais, com intuito de ampliar o alcance das informações.

Essas ações do CIM/Univasf também podem motivar outros Centros de Informação sobre Medicamentos a promoverem ações inclusivas e acessíveis em suas atividades de educação em saúde.

3. REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DO TRABALHO DO CIM/UNIVASF PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 24% da população têm algum tipo de deficiência (IBGE, 2010), assim as pessoas com deficiência estão em todos os lugares. No contexto da saúde, elas necessitam de todos os tipos de serviços, da atenção básica a mais complexa. Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde da pessoa com deficiência deixa de ser área específica de poucos atores, tornando-se área de atuação de todo profissional.

A prática de educação em saúde deve ser focada no cuidado centrado no indivíduo (CFF, 2018). Muitas deficiências não os deixam incapazes para o auto cuidado. É necessário que a educação em saúde promova transformação de saberes. Nesse sentido as pessoas com deficiência têm o direito de participarem do próprio cuidado à saúde, de terem a valorização da sua autonomia.

Para além das pessoas com deficiências, é preciso lembrar que o Brasil é marcado por baixa escolaridade, especialmente na região Nordeste. De 2004 a 2014, essa região teve a maior redução do analfabetismo, passando de 22,4% para 16,6% de sua população, mas ainda é a região com o maior número de analfabetos (BRASIL, 2013). Este fato nos mostra a importância da adequação linguística e de *layout* dos informativos, para que se

viabilize um aprendizado efetivamente significativo para todos e todas, independente do seu grau de escolaridade.

Dessa maneira, a educação em saúde inclusiva proporciona ao profissional desenvolver a prática educativa com diferentes estratégias, considerando as particularidades de inúmeras realidades. Diferentes formas de comunicação devem ser utilizadas, podendo ser a comunicação efetiva, considerada a peça fundamental para promover inclusão. Desse modo, a educação em saúde é uma oportunidade para o profissional conhecer seu público, utilizando técnicas mais adequadas para cada situação. A inclusão na educação em saúde deve ser uma prática de humanização, voltada a contribuir com a socialização das pessoas atendidas.

Apesar de todas as abordagens acessíveis e inclusivas utilizadas nessas ações de promoção de informações virtuais pelo CIM/Univasf ainda não é possível a inclusão de todos. Aquelas com grave deficiência intelectual, são exemplos de públicos que ainda permanecem à margem da acessibilidade às informações virtuais, que representam ainda um grande desafio ao CIM/Univasf nessa realidade de pandemia para promover informações inclusivas a todos. Para as pessoas com grave comprometimento intelectual, as ferramentas devem ser avaliadas de forma pessoal, considerando as habilidades específicas que cada um tem. O indivíduo não deve ser excluído pela deficiência que possui, mas sim, ser incluído com potencialização das habilidades que desenvolve.

Percebe-se então, o quão complexo e necessário é promover o serviço de educação em saúde inclusiva. Os profissionais de saúde precisam compreender que todos necessitam de educação em saúde, não podendo negligenciar esta prática aos grupos de pessoas que têm particularidades que aumentam a dificuldade para a efetiva realização deste serviço. Neste cenário, todos os profissionais que atuam na educação em saúde devem estar preparados para usar estratégias inclusivas e inserir as pessoas surdas, cegas, com deficiências intelectuais, mental ou física, inclusive as pessoas com múltiplas deficiências, em suas práticas educativas. Deve ser considerada a autonomia do ser humano, o contexto real em que vive e também, as suas singularidades. Estes profissionais devem formar, assim, o compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano.

O CIM/Univasf vem mostrando que é possível promover educação em saúde, mesmo de forma virtual, unindo acessibilidade e inclusão das informações para o enfrentamento à infodemia relacionada à COVID-19. As informações são confiáveis e embasadas nas melhores evidências disponíveis, e permitem um grande alcance da sociedade em geral. Apesar de ainda não conseguir atingir toda a população, vêm chegando às pessoas surdas, cegas e de baixa escolaridade, que vivem sempre à margem do cuidado à saúde. Permite, assim, que essas pessoas sejam incluídas no acesso a informações em saúde por meio de ferramentas de comunicação adequadas às suas realidades, que sejam incluídas no cuidado.

Além da promoção de educação em saúde com acessibilidade e inclusão, o CIM vem participando da formação de futuros profissionais de saúde com competências inclusivas e

ainda mais sensíveis ao cuidado humanizado. Os estudantes de cursos de graduação em saúde que atuam no CIM/Univasf possuem, cada um, habilidades específicas e as compartilham entre si, proporcionando trocas de saberes e transformações que os acompanharão em seu viver profissional por onde passarem.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID19, **Painel Coronavírus** [online] Disponível em: <<https://COVID.saude.gov.br/>> Acessado em: 18/07/2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PNAD 2012: **Analfabetismo no país cai de 11,5% para 8,7% nos últimos oito anos**. 27 de setembro de 2013. [online] Disponível em: <<https://bit.ly/2Db8SQM>> Acessado em: 15/07/2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, CFF. **Resolução nº 662 de 25 de outubro de 2018**. Estabelece as diretrizes para a atuação do farmacêutico no atendimento à pessoa com deficiência. Diário Oficial da União, 2018.

GALVÃO, T F; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 183-184, 2014.O, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censo demográfico brasileiro 2010. Brasília: IBGE; 2010.

MORAES, Catieli Pereira. **Cego também usa Facebook: #PraCegoVer**. 2018. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Publicidade e Propaganda) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Coronavirus disease 2019**. Situation Report 51 [internet] Mar 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3g686mD>>. Acessado em: 10/07/2020

PALÁCIO MAV, TAKENAMI I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**. 2020;8(2):10–5.

PULIDO, C. M. et al. A New Application of Social Impact in Social Media for Overcoming Fake News in Health. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 7, p. 2430, 2020.

WIERSINGA, J. et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. **JAMA**, 2020.

ZAROCOSTAS J. How to fight an infodemic. **Lancet**. 2020;395(10225):676. doi:10.1016/S0140-6736(20)30461-X

MÍDIA E COVID-19: DIMENSÕES TEMÁTICAS DA PANDEMIA NA COBERTURA DE UM JORNAL DA BAHIA

Yuri Sá Oliveira Sousa

Rafaela Bahia Borges Forte

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem o objetivo de apresentar os resultados preliminares de uma pesquisa que analisou as dimensões temáticas da pandemia da COVID-19 na cobertura midiática de um jornal da Bahia. Desde o final de dezembro de 2019, países do mundo todo passaram a acompanhar o surgimento e a disseminação de uma nova doença, causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). No dia 11 de fevereiro de 2020 a doença recebeu o nome de COVID-19 e um mês depois foi caracterizada como uma pandemia, em função da severidade das suas consequências, bem como dos níveis alarmantes de contágio (OMS, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 na América Latina foi confirmado no Brasil em 26 de fevereiro. Apesar do bom sistema de saúde pública do país e da experiência adquirida na gestão de outras crises sanitárias, houve preocupações a respeito da organização das estratégias de enfrentamento ao problema, assim como da possibilidade de adotar medidas de distanciamento social em contextos de vulnerabilidade (BURKI, 2020).

Durante os primeiros meses de 2020, as repercussões desse fenômeno foram cada vez mais noticiadas em diferentes meios de comunicação, de maneira tal que é impossível compreender as consequências desses eventos nas sociedades sem considerar a influência da mídia. Os jornais, assim como outros meios de comunicação de massa, participam ativamente da construção de conhecimentos compartilhados sobre temas de interesse público e/ou que ganham visibilidade em determinado contexto social (SOUSA et al. 2019).

A importância desses veículos na crise produzida pela pandemia da COVID-19 reside principalmente na sua capacidade de influenciar a formação de crenças e comportamentos de saúde. Isso se torna especialmente relevante quando são constatadas associações positivas entre o uso dos meios de comunicação de massa como fonte de informação e a adoção de comportamentos protetivos de saúde, ainda que as informações publicadas nesses meios

precisem conviver e competir com notícias falsas e “teorias da conspiração” que podem diminuir a adesão a medidas de prevenção (ALLINGTON et al., 2020).

A crise da COVID-19 produz consequências negativas para a saúde dos indivíduos que são afetados pela doença, mas também para aqueles que não são diretamente atingidos. O próprio medo gerado pela pandemia é capaz de produzir danos à saúde mental da população (ORNELL et al., 2020), além de alimentar a propagação de informações falsas em redes sociais (GAO et al., 2020). Também é preciso mencionar que, embora os meios de comunicação de massa cumpram uma importante função na difusão de conhecimentos qualificados sobre o tema, o excesso de exposição a seus conteúdos pode trazer efeitos negativos.

Trata-se, portanto, de uma relação paradoxal em que jornalistas e agências oficiais de saúde pública se esforçam para oferecer informações confiáveis e atualizadas, cuja divulgação é crucial durante uma crise sanitária, ao mesmo tempo em que a própria cobertura midiática pode gerar medos exacerbados que produzem efeitos negativos (GARFIN; SILVER; HOLMAN, 2020). Por conta disso, alguns autores defendem o desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas que permitam atenuar os efeitos da hiperexposição a informações midiáticas e ofertar cuidados relacionados à saúde mental, notadamente nos casos de transtornos de ansiedade e humor (GAO et al., 2020; GARFIN; SILVER; HOLMAN, 2020).

É possível argumentar que não é apenas o nível de exposição às informações difundidas que pode influenciar comportamentos, emoções e crenças da população, mas que também é preciso considerar quais são os diferentes tipos de discurso que estruturam essas comunicações. Visando contribuir nessa direção, foi realizada uma pesquisa documental com o objetivo de identificar e analisar as dimensões temáticas da pandemia em um jornal do estado da Bahia. Adicionalmente, pretendeu-se verificar se houve associações entre temas específicos e determinados períodos, o que ajuda a compreender como diferentes dimensões do fenômeno ganharam visibilidade ao longo do tempo. Tomou-se como material de análise as notícias e reportagens publicadas no jornal Correio entre os meses de janeiro e junho. A escolha do Correio como fonte de dados ocorreu em razão da sua relevância como veículo comunicativo no estado da Bahia, bem como do potencial de alcance dos seus conteúdos para leitores de todo o país. De acordo com uma matéria sobre a história do jornal (FERNANDES, 2020), o Correio foi apontado em 2019 como líder no Nordeste em circulação, visualizações e visitas.

2. MATERIAL E MÉTODO

O estudo pode ser descrito como uma pesquisa documental com delineamento qualitativo. Foram analisadas todas as matérias publicadas no portal digital do jornal Correio (www.correio24horas.com.br) sobre o novo coronavírus e a pandemia da COVID-19 até o dia 30 de junho. As matérias foram identificadas por meio de buscas refinadas na

página utilizando os seguintes descritores: COVID, COVID-19 e coronavírus. Todas as matérias que continham ao menos um dos termos citados foram integralmente coletadas em formato de texto. A coleta identificou 5.645 matérias, mas sete delas foram excluídas porque tratavam de outro coronavírus, o MERS-CoV, sobre eventos ocorridos em 2015. Assim, o banco de dados foi constituído por 5.638 matérias e o seu conteúdo foi submetido a uma análise lexical baseada no método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

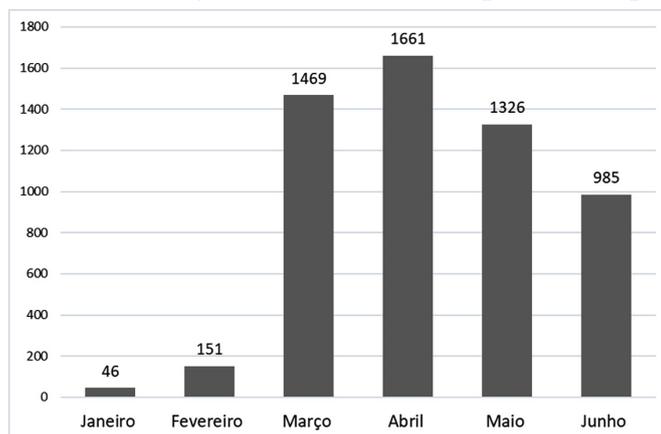
A análise lexical foi realizada com o auxílio do *software* Iramuteq, um programa computacional gratuito que utiliza métodos estatísticos com dados textuais (RATINAUD, 2014). A CHD é uma das principais técnicas de tratamento do Iramuteq e permite reestruturar o material em classes lexicais constituídas por enunciados que possuem um vocabulário semelhante. Trata-se de uma análise de agrupamentos que considera a coocorrência de formas linguísticas (palavras) em segmentos de texto (frases e enunciados), com a finalidade de identificar os principais universos lexicais e campos semânticos a partir dos quais um determinado conjunto de textos se estrutura (SOUSA et al., 2020). A CHD tem sido muito utilizada na análise da difusão e organização de saberes sociais em meios de comunicação de massa por conta da sua utilidade na identificação de temas, eventos e pontos de discussão que organizam o debate público sobre determinado objeto ou problema social (SOUSA; ACIOLI NETO; SANTOS, 2019).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira matéria identificada sobre o novo coronavírus foi publicada em 19 de janeiro e abordava a confirmação de novos casos, na China, do que até então era tratado como uma nova forma de pneumonia viral. Em 22 de janeiro foi noticiado o primeiro caso suspeito no Brasil e, no dia seguinte, uma matéria sobre possíveis casos no estado da Bahia foi publicada. Nesse primeiro mês foram identificadas 46 matérias sobre o novo coronavírus, mas a partir de fevereiro houve um aumento considerável no número de publicações dedicadas ao assunto, indicando que a relevância dos acontecimentos no Brasil e no mundo foi acompanhada pelo meio de comunicação analisado. A despeito disso, após o mês de abril houve uma diminuição no número de matérias publicadas em cada mês, conforme observado na Figura 1.

Após ter sido submetido à CHD, o texto das 5.638 matérias foi dividido em 89.982 enunciados, com base em critérios automáticos que consideram o tamanho do trecho e a pontuação. Desses, 86.531 (96,16% do total) foram distribuídos em seis classes lexicais que foram posteriormente interpretadas e nomeadas.

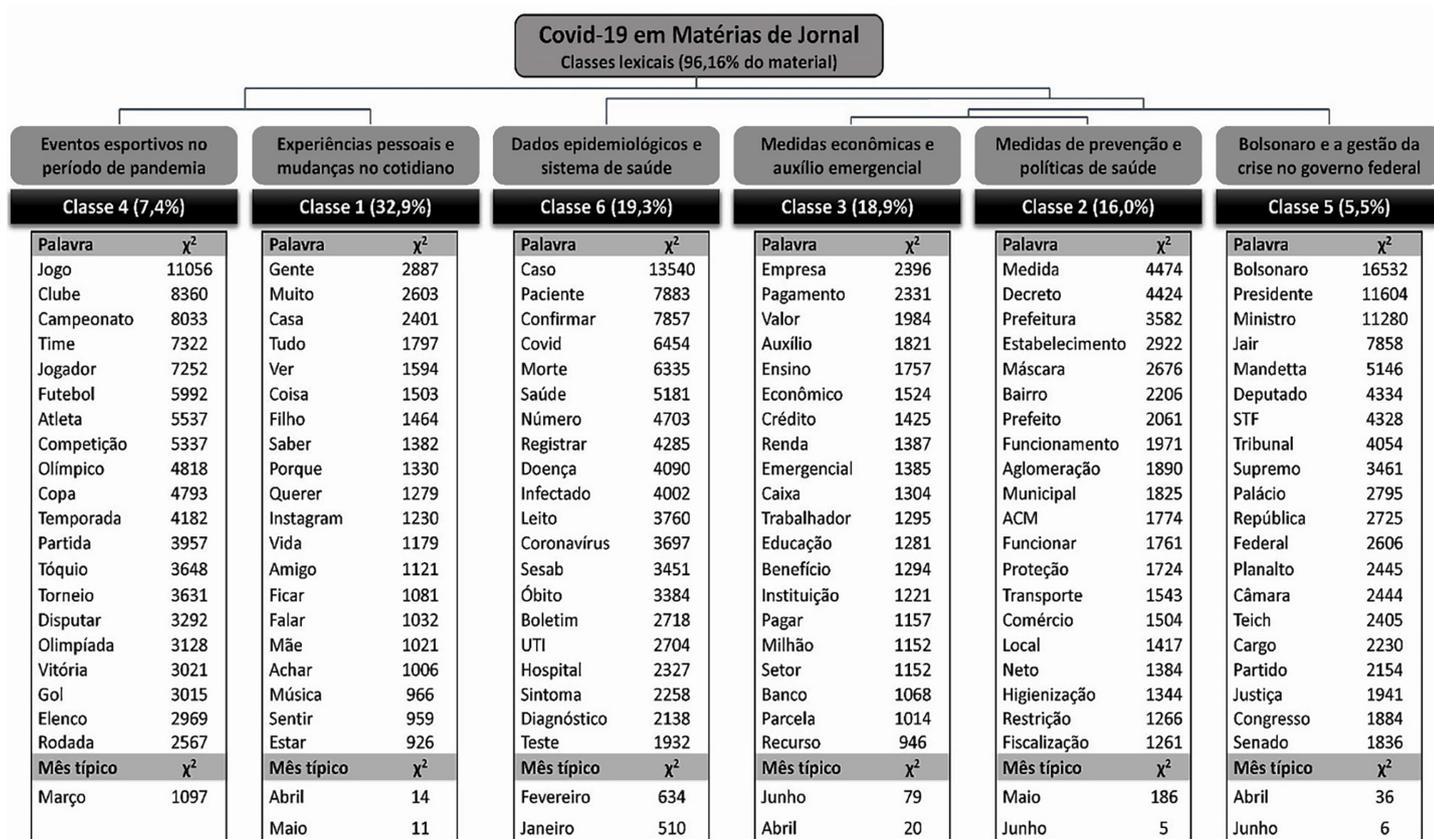
Figura 1 – Distribuição do nº de matérias publicadas por mês



Fonte: elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa

Os resultados dessa classificação estão sumarizados na Figura 2, que apresenta um dendrograma onde constam informações sobre cada classe, suas palavras e meses característicos. O texto apresentará cada classe de acordo com disposição no dendrograma, da esquerda para a direita. Os valores de qui-quadrado (χ^2) que acompanham as palavras e os meses indicam associações significativas com as classes resultantes ($\chi^2 > 3,84$; $p < 0,05$; $gl:1$). Todas as palavras destacadas no texto também apresentaram indicadores significativos.

Figura 2 - Dendrograma de palavras características e classes resultantes da CHD



Fonte: elaborado pelos autores com base nos resultados da pesquisa

Classe 4: Eventos esportivos no período de pandemia

A Classe 4 foi constituída por 6.365 segmentos de texto (7,4%) e agrupou enunciados com um vocabulário típico de notícias sobre eventos esportivos na Bahia, no Brasil e no mundo. Seus conteúdos abordam a maneira como a Confederação Brasileira de Futebol (CBF), times, treinadores, funcionários, equipes e clubes de futebol vivenciam as mudanças causadas pela pandemia e os impactos da suspensão/paralisação do calendário de jogos em eventos como a copa do Nordeste, copa do Brasil, campeonato baiano e outros torneios. Em que pese a importância do futebol nesse contexto, alguns enunciados também tratam de mudanças ocorridas em competições de esportes como tênis e basquete. Outro tema muito frequente nos segmentos da classe foi o adiamento das olimpíadas de Tóquio pelo Comitê Olímpico Internacional (COI).

Destaca-se que foi encontrada uma associação entre a Classe 4 e as matérias publicadas no mês de março, período em que as primeiras e mais importantes decisões sobre esses eventos esportivos ocorreram. O impacto dessas mudanças na sociedade não deve ser minimizado. O futebol, por exemplo, movimenta atividades importantes para a economia, além do fato de ser um fenômeno com repercussões diretas nas interações, práticas sociais, culturais e de lazer da população brasileira (FREIRE, 2016). Assim, a saliência desse tema na cobertura sobre a pandemia parece indicar justamente a relevância que os eventos esportivos de grande porte têm no cotidiano dos indivíduos.

Classe 1: Experiências pessoais e mudanças no cotidiano

Constituída por 28.459 segmentos de texto (32,9%), a Classe 1 reuniu enunciados cujo vocabulário remete à dimensão da experiência dos indivíduos durante a pandemia, o que é evidenciado por termos ligados à vida cotidiana. Os enunciados dessa classe apresentam relatos de pessoas que vivem diferentes situações e contextos, apresentam suas opiniões, descrevem como tem sido viver dentro e fora de casa e como lidam com suas emoções em um período marcado por mudanças. Um dos principais temas encontrados na classe diz respeito aos relacionamentos interpessoais com amigos e, principalmente, familiares (pais, mães, irmãos, filhos, etc.). Além disso, os relatos abordam os desafios enfrentados por quem precisou continuar trabalhando e por quem passou a trabalhar em “home office”. Outro tema muito frequente são as atividades realizadas para ocupar o tempo, dentre as quais é possível destacar o uso de redes sociais como Instagram e Twitter, os exercícios físicos e as diferentes formas de lazer, diversão e expressão artística, tais como programas de televisão, livros, filmes, “lives”, músicas, etc. Não por acaso, parte dos enunciados da classe são trechos de entrevistas com artistas de setores diversos.

Foi encontrada uma associação entre os conteúdos dessa classe e os meses de abril e maio, o que pode ter relação com as repercussões das estratégias de prevenção baseadas no distanciamento social, as quais passaram a ser adotadas por estados e municípios

brasileiros em meados de março. Se por um lado esse tipo de estratégia é capaz de reduzir significativamente os níveis de contágio da doença, contribuindo para alcançar mais rapidamente o fim da pandemia (AQUINO et al., 2020), por outro o distanciamento social pode produzir impactos na renda familiar, aumento do estresse, intensificação do medo do contágio, dificuldades na regulação do sono, problemas com as mudanças na rotina e com a diminuição do convívio social (BEZERRA et al., 2020). Por fim, deve-se ressaltar que a Classe 1 foi a mais volumosa de todas, representando aproximadamente um terço do material, o que pode indicar a importância dos relatos e experiências das pessoas noticiadas para a construção das matérias desse jornal.

Classe 6: Dados epidemiológicos e sistema de saúde

A Classe 6 contém 16.708 segmentos de texto (19,3%), os quais tematizam principalmente a divulgação de informações e dados em saúde. Nesta classe são encontrados trechos de boletins epidemiológicos de diferentes agentes e instituições, como a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os enunciados atualizam principalmente informações sobre a confirmação de novos casos de pacientes infectados por COVID-19, o número de mortos e curados, as taxas de ocupação dos leitos em hospitais e UTI. Além disso, os conteúdos da classe abordam os sintomas da doença, as formas de diagnóstico e tratamento, os testes disponíveis, a estrutura de atendimento na capital, no interior do estado e também em outras regiões do país.

Considerando que a elaboração de estratégias de enfrentamento à COVID-19 depende da constante avaliação a respeito dos impactos da doença em cada região, algo que precisa ser considerado é a subnotificação do número de casos no Brasil, principalmente porque esse fenômeno pode produzir uma falsa ideia de controle da doença e dificultar a adoção de medidas preventivas (PRADO et al., 2020). Além disso, deve-se destacar que foi encontrada uma associação entre a Classe 6 e os meses de janeiro e fevereiro. Esse resultado indica que a divulgação de dados epidemiológicos e de saúde possuía uma visibilidade relativamente maior no início da pandemia, o que pode ter relação com alguma diminuição na percepção de risco da população.

Fica claro, portanto, que o acompanhamento das informações epidemiológicas e as características do sistema de saúde constituem os principais temas dos enunciados dessa classe, que é a segunda mais volumosa de todas. A saliência que esses temas possuem no conjunto de dados pode ser explicada pela necessidade de veicular informações atualizadas em um momento de crise sanitária, contribuindo, por exemplo, para que a população possa se familiarizar com as necessidades e ações de saúde pública. Nesse contexto, os conteúdos da classe possuem relação estreita com as necessidades de alocação de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à ampliação dos leitos de UTI e do número de respiradores disponíveis (RACHE et al., 2020).

Classe 3: Medidas econômicas e auxílio emergencial

Com 16.367 segmentos de texto (18,9%), a Classe 3 possui conteúdos que tematizam as consequências econômicas da crise, assim como algumas das medidas adotadas por empresas e entidades do governo com o objetivo de mitigá-las. São abordadas questões relacionadas ao pagamento do auxílio emergencial aprovado pelo governo federal, programas de manutenção de empregos e de renda que visam reduzir o impacto socioeconômico da pandemia. As notícias associadas a essa classe buscam solucionar dúvidas da população sobre o direito ao benefício, as formas de cadastro no programa, o cronograma dos saques e o número de beneficiários, além de tratar sobre os incentivos oferecidos a micro, pequenas e médias empresas de diferentes setores. Esses conteúdos debatem as consequências da pandemia na vida de consumidores, funcionários, trabalhadores informais e desempregados. Também é possível identificar segmentos de texto sobre o pagamento de mensalidades em escolas, faculdades e outras instituições da área da educação. Nota-se que houve uma associação entre os conteúdos da classe e os meses de abril e junho. No início de abril, entrou em vigor a Lei 13.982/2020, que trata do auxílio emergencial, e o pagamento da primeira parcela ocorreu no final desse mesmo mês. Ao seu turno, o mês de junho pode estar relacionado com a aprovação de novos cadastros no programa e com a prorrogação do benefício por mais dois meses.

Conforme observado, o vocabulário da Classe 3 ilustra como a pandemia da COVID-19 repercutiu na economia, no trabalho e na renda dos brasileiros. Guardadas as particularidades de cada contexto, as consequências socioeconômicas da pandemia têm sido observadas no mundo todo, demandando respostas governamentais e políticas públicas emergenciais com o objetivo de atenuar os efeitos de uma crise generalizada (NICOLA et al., 2020). De todo modo, a elaboração de políticas públicas na esfera econômica deve levar em consideração as particularidades de diferentes grupos e suas vulnerabilidades. Por exemplo, há evidências de que os impactos da pandemia podem agravar situações de vulnerabilidade vividas especificamente pela população negra, trabalhadores informais, pessoas com baixa escolaridade, mulheres e indígenas (KOMATSU; MENEZES-FILHO, 2020).

Classe 2: Medidas de prevenção e políticas de saúde

Com 13.885 segmentos de texto (16,0%), a Classe 2 tematizou ações públicas de prevenção ao avanço do coronavírus. O vocabulário dessa classe está particularmente associado a medidas e decretos implementados por governadores e prefeitos, notadamente Rui Costa e ACM Neto. Essas medidas são elaboradas e defendidas como políticas de saúde que visam atuar na prevenção e controle da contaminação pelo novo coronavírus, principalmente em espaços públicos. Nessa direção, os enunciados abordam a obrigatoriedade do uso de máscaras, a suspensão do funcionamento de shoppings e estabelecimentos comerciais, as determinações de fiscalização em diferentes bairros, a interdição de praias e outras ações

que visam manter o distanciamento social e evitar aglomerações. Foi possível constatar uma associação entre a Classe 2 e os meses de maio e junho. Nesse período, medidas restritivas e de fiscalização foram tomadas e/ou intensificadas em diversos municípios da Bahia, assim como nos bairros mais afetados pelo vírus na capital.

Conforme é possível depreender, os temas presentes nessa classe envolvem esforços multidimensionais e intersetoriais em direção ao uso de estratégias não farmacológicas de enfrentamento à pandemia, como a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, o uso de máscaras e o distanciamento social (GARCIA; DUARTE, 2020). Adotar essas estratégias em meio a uma crise sanitária significa modificar completamente o cotidiano das pessoas e da própria vida em sociedade. Além dos impactos emocionais, psicológicos, sociais e econômicos já discutidos anteriormente, a familiarização com essas medidas representa um desafio inerente à própria eficácia dessas estratégias. Nesse sentido, a presença frequente desses temas nos meios de comunicação de massa não apenas permite que a população acompanhe as decisões políticas de enfrentamento à pandemia, mas também podem cumprir funções importantes na difusão de informações qualificadas e promoção de comportamentos preventivos.

Classe 5: Bolsonaro e a gestão da crise no governo federal

A Classe 5 reuniu 4.747 segmentos de texto (5,5%) e o seu vocabulário tematizou a participação de Jair Bolsonaro e do governo federal na gestão da crise pela pandemia da COVID-19. De modo geral, os enunciados da classe abordam as mudanças no Ministério da Saúde após as demissões de dois ex-ministros: Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich. Além disso, os enunciados da classe também abordam a saída do ex-ministro da justiça, Sérgio Moro, e, mais recentemente, do ex-ministro da educação, Abraham Weintraub. A presença desses temas no conjunto de matérias sobre a pandemia revela a existência de uma crise que não é apenas sanitária, mas também política. Exemplo disso são os atritos e divergências que ocorreram entre Bolsonaro, prefeitos, governadores, parlamentares do congresso, do senado, ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) e com a própria OMS em relação às ações de enfrentamento à pandemia.

Nota-se que houve uma associação entre a Classe 5 e os meses de abril e junho, o que pode ser explicado tanto pelas mudanças realizadas nos ministérios, quanto pelas declarações controversas do presidente. Bolsonaro que repetidamente menosprezou a gravidade da pandemia da COVID-19 e minou esforços de promoção do distanciamento social, chegando a encorajar a população a retomar a normalidade de suas vidas (BURKI, 2020). As declarações e opiniões de Bolsonaro não só podem ter influenciado o comportamento de seus apoiadores como também foram utilizadas com fins políticos, deslegitimando adversários (principalmente prefeitos e governadores) e fomentando decisões do governo federal, como é o caso do breve lançamento da campanha “O Brasil não pode parar” e a

revisão constante dos recursos humanos do Ministério da Saúde (RICARD; MEDEIROS, 2020). Nesse contexto, os temas relacionados a essa classe ganham visibilidade pública por conta da maneira como o presidente coordenou as ações federais na crise da COVID-19 ao mesmo tempo em que revelam instabilidades políticas próprias ao contexto brasileiro e que foram aquecidas nesse período.

4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo teve o objetivo de apresentar os resultados preliminares de uma pesquisa que analisou as dimensões temáticas da pandemia da COVID-19 na cobertura midiática de um jornal da Bahia. Foram analisadas todas as matérias sobre o fenômeno que foram veiculadas no jornal Correio até o final de junho de 2020. Com base em uma análise lexical sobre as 5.638 publicações encontradas, foi possível identificar e discutir seis dimensões temáticas do fenômeno, cujas repercussões podem ser localizadas principalmente em aspectos psicológicos, culturais, econômicos, sanitários, sociais e políticos.

Os resultados da pesquisa podem contribuir para compreender algumas das características do debate público sobre o fenômeno da COVID-19 no Brasil, mas também ajudam a refletir sobre o papel dos meios de comunicação de massa na formação de crenças e comportamentos em um contexto de pandemia. Sugere-se, por fim, que essas questões sejam exploradas em outras pesquisas, diversificando as fontes de dados e os procedimentos de análise, com a finalidade de conhecer aspectos da relação entre mídia e COVID-19 que não puderam ser tratados no presente estudo.

REFERÊNCIAS

ALLINGTON, D. et al. Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. **Psychological Medicine**, p. 1–7, 2020.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, 2020.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2411–2421, 2020.

BURKI, T. COVID-19 in Latin America. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 5, p. 547–548, 2020.

FERNANDES, L. **Livro marca encerramento das comemorações pelos 40 anos do CORREIO**. Disponível em: < <https://glo.bo/305KVmY> >. Acesso em: 11/07/2020.

FREIRE, E. S. Esporte e Sociedade. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 15, n. 1, p. 147–162, 2016.

GAO, J. et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. **PLOS ONE**, v. 15, n. 4, p. 1–10, 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1–4, 2020.

GARFIN, D. R.; SILVER, R. C.; HOLMAN, E. A. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. **Health Psychology**, v. 39, n. 5, p. 355–357, 2020.

KOMATSU, B. K.; MENEZES-FILHO, N. Simulações de Impactos da COVID-19 e da Renda Básica Emergencial sobre o Desemprego, Renda, Pobreza e Desigualdade. **Policy Paper**, n. 43, p. 1–31, 2020.

NICOLA, M. et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. **International Journal of Surgery**, v. 78, p. 185–193, 2020.

OMS. **Timeline of WHO’s response to COVID-19**. Disponível em: <<https://bit.ly/2P4Xrwo>>. Acesso em: 12/07/2020.

ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020.

PRADO, M. et al. **Análise de subnotificação do número de casos confirmados da COVID-19 no Brasil** Notas Técnicas Cedeplar-UFMG., 2020.

RACHE, B. et al. **Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar** Nota Técnica n. 3. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS, , 2020.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2**, 2014. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>

RICARD, J.; MEDEIROS, J. Using misinformation as a political weapon: COVID-19 and Bolsonaro in Brazil. **Harvard Kennedy School Misinformation Review**, v. 1, n. 2, p. 1–6, 2020.

SOUSA, Y. S. O. et al. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 2, p. 1–19, 2020.

SOUSA, Y. S. O.; ACIOLI NETO, M. L.; SANTOS, M. F. S. Mídia e representações sociais: uma proposta de matriz teórico-metodológica. In: LUCENA, J. M. F. et al. (Eds.). . **Interação social e desenvolvimento humano**. Recife: EdUFPE, 2019. v. 2-Pesquisa em psicologia: diversidade e modos de fazerp. 225–250.

DO PRIMEIRO CASO À PRIMEIRA MORTE POR COVID-19 NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE A COBERTURA JORNALÍSTICA DO JORNAL NACIONAL, REDE GLOBO

Adeilton Gonçalves da Silva Júnior

Carlos Dornels Freire de Souza

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus tem sido um dos assuntos mais relevantes nos últimos tempos. Com milhões de infectados e milhares de mortos em todo o mundo, a COVID-19 tem ocupado bastante espaço no noticiário nacional e internacional.

Os primeiros casos da COVID-19, nome dado a doença provocada pelo novo coronavírus, SARS-COV-2, foram registrados em Wuhan, uma cidade de 11 milhões de pessoas na República Popular da China. A doença se espalhou rapidamente pelo mundo e, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia global.

Os vírus do tipo coronavírus podem causar um simples resfriado ou até mesmo uma doença mais grave que pode, inclusive, levar à morte. Alguns dos principais exemplos são a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) (FRIEDE, 2020).

Segundo Oliveira et al(2020), o vírus do tipo coronavírus foi isolado pela primeira vez em 1937 e, em 1965, e desde então há relatos de infecções causadas por ele. Foi batizado assim por causa do seu perfil na microscopia, semelhante a uma coroa.

Entre 2002 e 2003, a OMS notificou 774 mortes devido à síndrome respiratória aguda grave (Sars-CoV) e, em 2012, foram confirmadas 858 mortes causadas pela síndrome respiratória do oriente médio (Mers-CoV), na Arábia Saudita, ambas as complicações ocasionadas por membros da família do coronavírus. Oito anos depois, em 2019-2020, o mundo se depara com o RNA vírus em mutação, se expandindo, sobretudo de forma assintomática, como uma infecção emergente, com sintomas mais leves que a Sars-CoV e Mers-CoV, porém com maior transmissibilidade, gerando assim impactos consideráveis para os sistemas de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2020, p. 3).

Enquanto escrevemos este texto, em meados de julho de 2020, o mundo contabiliza aproximadamente 14.270.517 casos confirmados e 602.507 mortes pelo novo coronavírus, segundo a OMS. O primeiro caso confirmado no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte apenas 18 dias depois, em 16 de março de 2020. Hoje já são aproximadamente 2.098.389 de brasileiros infectados e 79.488 vidas perdidas no Brasil.

Este capítulo tem o objetivo de abordar como foi tratada a cobertura da pandemia da COVID-19 pelo Jornal Nacional, que foi escolhido para essa análise por sua relevância no país, sendo líder de audiência no segmento jornalístico.

O período estudado é o de 26 de fevereiro de 2020 ao dia 17 de março de 2020, que compreende o período em que o Brasil teve o primeiro caso confirmado da COVID-19 e o dia do primeiro óbito pela doença, respectivamente. A metodologia utilizada é a análise quantitativa e de critérios de noticiabilidade.

2. COVID-19 E O CONTEXTO SOCIAL DA IMPRENSA BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

Desde as suspeitas do surgimento de uma nova gripe na Ásia, a imprensa mundial atua na reportagem dos fatos. O ato de reportar deve estar aliado ao cumprimento dos princípios do jornalismo profissional, como a independência e autonomia; credibilidade; verdade; rigor e exatidão; honestidade; objetividade, equidade e a comunicabilidade e interesse público (TRAQUINA, 2005).

No entanto, dos principais valores o mais importante é a liberdade. Para Nelson Traquina (2005), a liberdade deve ser o primeiro valor do fazer jornalístico a ser observado e deve estar no centro do desenvolvimento do bom jornalismo.

[...] ser jornalista implica a partilha de um ethos que tem sido afirmado há mais de 150 anos. Mas ser jornalista também implica a crença numa constelação de valores, a começar pela liberdade. [...] Inúmeras afirmações apontam para esta relação simbiótica, em que a liberdade está no centro do desenvolvimento do jornalismo (TRAQUINA, 2005, p. 130-131).

Para o pleno exercício da imprensa é primordial que os jornalistas sejam livres. Sem imprensa livre, não há jornalismo. Devido a essa razão é que o jornalismo está intimamente ligado à defesa da liberdade de expressão e de manifestação do pensamento, além dos valores democráticos.

Assim como os trabalhadores de saúde e segurança, jornalistas também são considerados como profissionais de serviço essencial durante a pandemia, mas atuando em duas frentes simultaneamente: contra o vírus e as fake news.

Para Sergio (2020), um conjunto de fatores influencia negativamente o jornalismo atual, o principal deles é o crescimento das redes sociais, como o facebook, que passou a publicar notícias, reportagens e fake news (SERGIO, 2020).

Em artigo publicado no observatório da imprensa, o jornalista Michel Ribeiro destaca como tem sido atuar num cenário semelhante ao de uma guerra e tendo que lidar com polarização política de grupos opostos e apaixonados.

Muitos profissionais da imprensa vêm sofrendo ataques e hostilizações no cumprimento de seu dever. “Tanto quanto opor-se ao arbítrio, ao autoritarismo e à opressão, o papel social do jornalismo contemporâneo é o de combater a silenciosa rede de notícias falsas que se prolifera e confunde o público num momento tão delicado em que vivemos” (RIBEIRO, 2020, s/p).

Sobre os ataques aos veículos de comunicação e a jornalistas diretamente, a Federação Nacional dos Jornalistas - FENAJ, já vinha registrando um aumento no número desse tipo de ocorrências desde 2019. O que chama atenção no relatório é que mais da metade das agressões a veículos de imprensa e jornalistas tinham um único agressor: Presidente da República Jair Messias Bolsonaro.

Segundo o relatório divulgado pela FENAJ, o Brasil registrou, em 2019, 208 ataques a veículos de comunicação e jornalistas, um aumento de 54% em relação a 2018. Do total, 114 casos foram de descriminalização da imprensa e 94 de agressões diretas a profissionais. Sozinho, o presidente Jair Bolsonaro (sem partido) foi responsável por 58% destes ataques, chegando a 121 casos.

Em meio a essas agressões por parte do líder do executivo, que se perpetuam em 2020, e com a dificuldade em se obter dados confiáveis, muitas vezes dependendo exclusivamente de fontes oficiais ligadas ao Ministério da Saúde, que vinha impondo entraves na divulgação dos dados da pandemia no país, os veículos de comunicação Uol, Folha, O Estado de São Paulo, O Globo, Extra e G1 decidiram trabalhar de forma colaborativa para buscar informações sobre os casos da pandemia diretamente dos 26 estados e no Distrito Federal.

Essa situação mostra que o jornalista brasileiro, como afirmou Ribeiro (2020), deve estar preparado, simultaneamente, para a cobertura de duas crises: a sanitária e a política. Além disso, existem as dificuldades que o jornalismo local no Brasil enfrenta, o que agrava ainda mais a situação.

De acordo com Tuma (2020), oito em cada dez dos 5.570 municípios do país são considerados como desertos ou quase desertos de notícia. Existem localidades que não têm veículos jornalísticos ou contam com até dois deles, o que dificulta a transmissão de informações para o público, especialmente sobre o período da pandemia.

Uma ida ao supermercado ou à farmácia e um bate-papo pontual com vizinhos, parentes ou amigos, ao vivo ou pelas redes sociais digitais, são as únicas fontes de informação para muitos brasileiros sobre o desenrolar da situação da COVID-19 em suas cidades (TUMA, 2020, s/p).

Segundo Tuma (2020), isso se justifica pela precarização da profissão jornalística, intensificada no decorrer da pandemia, o que afeta a qualidade do trabalho realizado pelos profissionais.

2.1 O Jornal Nacional

Mesmo com o advento da internet, a “televisão é o meio de comunicação mais importante do país, tanto no que se refere à audiência quanto a sua influência política, social e cultural” (ARAÚJO, 2017, p.27 apud SILVA e BOAVENTURA 2018).

A televisão é caracterizada pela difusão em massa, além de transmitir cultura, conhecimento e informação, em que atinge toda população do planeta, facilitando a formação do homem em seu meio social. [...] A televisão é relevante na transmissão de informações, na educação dos indivíduos (LOLLA *et al*, 2011, p. 72).

Gomes *et al* (2009) ressalta que a principal característica da televisão é reportar cotidianamente fatos que ocorrem na sociedade. Por outro lado, o telejornal também constrói esses fatos por meio da mediação vinculada a organizações que se dedicam a interpretar uma dada realidade (GOMES *et al*, 2009).

Um dos telejornais que mais se destaca no Brasil é o Jornal Nacional, da Rede Globo. Segundo Mendes e Chrystus (2012), constitui a principal instituição jornalística do Brasil atualmente. É considerado o “telejornal de maior audiência da televisão brasileira, segundo o ranking Top 10 dos programas mais assistidos, por emissora, das 15 praças regulares, analisado pelo Kantar Ibope Media” (SILVA e BOAVENTURA, 2018, p.2).

O Jornal Nacional estreou no dia 1º de setembro de 1969 em rede nacional no Brasil e se tornou o programa jornalístico de maior audiência da história da televisão brasileira. “Gerado no Rio de Janeiro, sede da TV Globo, o JN era retransmitido para suas emissoras em vários pontos do País, por meio de um sistema no qual a Embratel associava a emissão de micro-ondas e por satélite” (MENDES; CHRYSSTUS, 2012, p. 82).

A criação do JN é conferida à equipe comandada pelo jornalista Armando Nogueira. O jornal foi pioneiro em apresentar reportagens em cores e a mostrar imagens via satélite de acontecimentos internacionais em tempo real. “O estilo de linguagem, a narrativa e a figura de repórter de vídeo vinham dos telejornais norte-americanos. Um dos grandes diferenciais trazidos pelo JN foram matérias testemunhais, com a fala dos entrevistados” (MENDES; CHRYSSTUS 2012, p. 82).

O JN empenhou-se na criação do conceito de uma notícia com dimensão nacional, até mesmo por uma questão do próprio formato da mídia, quer dizer, pelo fato de ser transmitido em rede nacional. As matérias deveriam ser de interesse geral e não regionais ou particularistas. Os assuntos tinham que chamar atenção tanto do telespectador de Manaus quanto de Porto Alegre (MENDES E CHRYSSTUS 2012).

O JN tem uma média de aproximadamente 42 minutos de duração, divididos em três ou quatro blocos. A divisão dos conteúdos é classificada em política, economia, cultura, esporte, etc. A divisão dos assuntos que se destacaram no Jornal Nacional foi estabelecido conforme alguns critérios: “Quanto ao conteúdo, as matérias são classificadas em políticas, econômicas, comunitárias, esportivas, culturais, policiais”, [...] “além desses, que são mais rotineiros, existem assuntos específicos como saúde, educação, meio ambiente, científico, etc”. (SILVA e BOAVENTURA, 2018, p. 7).

A bancada do JN é dividida desde outubro de 2014 pelos jornalistas e apresentadores, William Bonner e Renata Vasconcellos. A exibição do periódico é feita de segunda-feira a sábado a partir das 20h30.

2.2 JN e a cobertura da pandemia da COVID-19 no Brasil

Os critérios de noticiabilidade ou os valores-notícia são os balizadores que determinam quando um acontecimento se transforma em notícia. E o responsável por empregar esses critérios na rotina das redações é o jornalista. Em meio a uma infinidade de acontecimentos cotidianos e apesar das críticas que essas escolhas acarretam, “valorizar, hierarquizar e selecionar são atividades inerentes ao jornalismo” (SOUSA, 2017, p. 33).

De acordo com Ferreira e Oliveira (2014), esses critérios são definidos ainda por outros fatores que podem variar desde o proprietário do jornal ao público.

Os valores notícias são fundamentais na produção do conteúdo jornalístico. A teoria sobre esse assunto demonstra que eles são definidos por vários agentes e fatores: dos proprietários dos veículos, que definem a política editorial de acordo com sua visão ideológica e política; os jornalistas, que funcionam como promovedores das notícias e o público (FERREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 129).

Além do mencionado acima, as escolhas dos jornalistas devem estar fundamentadas no interesse público, ineditismo, objetividade, fidelidade no relato dos acontecimentos e atualidade (ERBOLATO, 2004).

Embora alguns meses depois o Ministério da Saúde tenha esclarecido que a primeira morte por COVID-19 tenha se dado no dia 12 e não em 16 de março como se acreditava, para fins desta análise, que tem por finalidade avaliar a reação da imprensa sobre a divulgação da primeira vítima do novo coronavírus, continuaremos considerando o dia 16 de março como dia do primeiro óbito pela doença no Brasil.

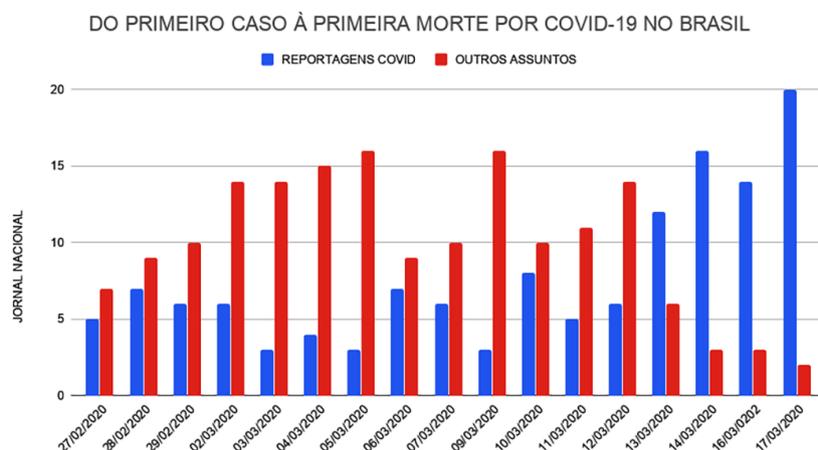
Foram avaliados, além da abordagem quantitativa, quais critérios jornalísticos foram empregados para a escolha das matérias. Para essa análise, consideramos como reportagem, além das matérias, nota seca e nota coberta.

Por nota seca, entende-se a leitura do âncora do jornal sem a exibição de imagens relacionadas ao assunto tratado. Nota coberta, caracteriza-se pela leitura do âncora com a sobreposição de imagens relacionadas ao tema abordado. As matérias são a junção de

entrevistas e *offs*, e são marcadas pela presença ou não de passagem, que é o momento da aparição do repórter. Ficam de fora dessa análise a previsão do tempo e os indicadores econômicos como cotação do dólar e mercado financeiro.

Durante a cobertura da pandemia do novo coronavírus, o JN manteve seus padrões de divisão de cadernos, mas acrescentando os impactos da pandemia em cada segmento, com a evolução da doença no país (Figura 1).

Figura 1. Distribuição de conteúdos do JN, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores

Ao analisar o gráfico acima, é possível perceber, de forma quantitativa, o número de reportagens veiculadas pelo periódico a partir da divulgação do primeiro caso positivo da doença em território brasileiro. No entanto, o enfoque da cobertura teve pouca variação do que já havia sendo pautado habitualmente pelo jornal. Em uma média de tempo de exibição, nas duas edições seguintes ao primeiro caso confirmado no país, 28 e 29 fevereiro, a cobertura da pandemia ocupou uma média de 40% do tempo do noticiário.

A partir do dia dois de março a cobertura da pandemia apresentou oscilação no espelho do jornal. O incremento da pauta da COVID-19 só foi percebido de fato, a partir do dia 13 de março quando a edição pautou a Europa como novo epicentro da doença e a declaração de estado de emergência emitida pelos Estados Unidos da América.

Nos três dias seguintes, 14, 15 e 16 de março, o espaço dedicado a pandemia ocupou uma média de 85% do espaço do JN. O dia com maior tempo de exibição e número de reportagens sobre a pandemia foi o dia 16, data da divulgação do primeiro óbito por COVID-19 no Brasil. Neste dia o JN dedicou 91% do jornal para pautas sobre a primeira morte e os desdobramentos da pandemia.

Para fins de análise, avaliamos quais os critérios de noticiabilidade foram empregados durante a edição do dia 16 de março. Os critérios de noticiabilidade (morte, notoriedade, proximidade, relevância, tempo, novidade, notabilidade, conflito e infração) foram abordados segundo a ótica de Nelson Traquina, um dos estudiosos da comunicação e jornalismo.

Segundo Gislene Silva (2005), o critério de noticiabilidade é caracterizado pela cadeia produtiva da notícia que deve ser investigada e que é “[...] potencialmente capaz de agir no processo da produção da notícia” (SILVA, 2005, p. 96).

Para Traquina (2005), a morte será sempre um critério de noticiabilidade relevante. Seja pela morbidez do acontecimento ou pelo fato da humanidade não se acostumar com a ideia do fim da vida, a morte terá sempre lugar de destaque como um critério de noticiabilidade. Como acertadamente afirmou Traquina: “Onde há morte, há jornalista” (TRAQUINA, 2005, p.79).

Quadro 1. Exemplos de notícias sobre COVID-19 exibidas no JN.

Reportagem	Duração ' min e '' seg	Crerios de noticiabilidade
Numero de infectados por COVID-19 no Brasil	4'	Relevância e tempo.
Idades dos infectados	3'	Notabilidade e conflito.
Homem de 62 anos é a primeira vítima da COVID-19 no Brasil	4'	Morte, proximidade, relevância, novidade e notoriedade.
Redes publicas e privadas criam mais leitos	6'	Relevância.
Governo diz que vai comprar mais kits de testes para COVID-19	3'	Relevância e notoriedade.
Em 24h Brasil tem mais seis mil casos	5'	Relevância e tempo.
Quando procurar um hospital	3'	Relevância
Brasileiros impedidos de desembarcar de navio por causa da COVID-19 na argentina	1'	Novidade.
Mais um passageiro do navio no Recife testa positivo para COVID-19	1'	Relevância e novidade.
São Paulo declara estado de emergência devido ao COVID-19	2'	Novidade, relevância, notoriedade e proximidade.
Recife cria cinturão para isolar região metropolitana	3'	Novidade, relevância, notoriedade e proximidade.
IBGE transfere censo para 2021 por causa da COVID-19	34''	Relevância e novidade.
Paraguai determina toque de recolher	27''	Novidade, relevância, notoriedade e proximidade.
Bolsonaro anuncia fechamento parcial das fronteiras	37''	Relevância, notoriedade e conflito.
Bolsonaro faz segundo teste COVID-19	2'	Notoriedade e conflito.
Rodrigo Maia defende fechamento de fronteiras	2'	Relevância, notoriedade e conflito.
Italia antecipa formatura de medicos	2'	Novidade, relevância e notoriedade.
União Europeia proibe entrada de cidadãos de fora do bloco	2'	Notoriedade e conflito.
Ibuprofeno não deve ser usado para tratar COVID-19	2'	Relevância.
COVID-19 e prejuizo nas agências de turismo e festas	2'	Relevância.
COVID-19 e abastecimento em supermercados	3'	Relevância.
Governo pede ao congresso que reconheça estado de calamidade por causa da COVID-19	2'	Notoriedade, relevância.

Fonte: Elaborado pelos autores

O critério da notoriedade é empregado quando trata-se de indivíduo que esteja no centro da política, ou ocupe um cargo que suas decisões afetem uma grande parcela da população (TRAQUINA, 2005).

A proximidade está relacionada tanto com a aproximação geográfica do local de ocorrência do fato, quanto à familiaridade cultural, ou seja, mesmo que distantes geograficamente alguns problemas sociais são os mesmos (TRAQUINA, 2005).

Segundo Traquina, o valor-notícia relevância é o que faz o fato tornar-se notícia. Neste sentido, esse critério de noticiabilidade corresponde à preocupação de informar o público dos acontecimentos que são importantes (TRAQUINA, 2005).

O próximo critério abordado por Traquina (2005) é o tempo. Segundo o autor, esse critério pode ser usado em três âmbitos distintos. O primeiro é quando uma notícia é abordada pela sua atualidade. O segundo, quando o fato já teve lugar no passado e está sendo lembrado pela sua relevância. E o terceiro diz respeito à longevidade da notícia quanto à repercussão (TRAQUINA, 2005).

A notabilidade diz respeito à qualidade de ser visível. Quanto mais palpável e fácil de ser visualizada uma questão, é mais provável que ela seja abordada pela TV. Com isso, Traquina aponta para a dificuldade da abordagem jornalística sobre a problemática, uma vez que a notabilidade se esforça apenas na cobertura dos acontecimentos. As características desse critério são os acontecimentos que envolvem muitas pessoas, um evento raro, ou algum caso de excesso ou escassez (TRAQUINA, 2005).

Para fins de análise não foram considerados interferências dos apresentadores, nem as cabeças de reportagens, previsão de tempo e notas sobre indicadores econômicos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise sobre a cobertura do JN relacionada à pandemia do novo coronavírus no intervalo de tempo que compreende entre o primeiro caso confirmado no Brasil e a primeira morte, é possível identificar que o referido telejornal cumpre o papel social do jornalismo, que é o de informar e contribuir para o pensamento crítico do cidadão brasileiro sobre os principais fatos da nossa sociedade.

Quando analisamos, de forma quantitativa, o número de pautas abordadas no JN sobre a pandemia é possível perceber que o periódico acompanha o avançar da doença no Brasil e em outros países. O jornal apresenta diariamente o número de infectados e os impactos da doença no sistema de saúde e economia.

Relacionado ao quadro acima, é possível identificar que o jornal explora o valor-notícia morte na decorrência do primeiro falecimento pela doença de maneira repetitiva. Ao exibir duas reportagens, (Homem de 62 anos é a primeira vítima da COVID-19 no Brasil e Redes públicas e privadas criam mais leitos), que embora trouxessem encaminhamentos distintos, focaram no mesmo assunto: a primeira morte por COVID-19 no Brasil.

No entanto, é perceptível que o noticiário apela em demasia para o critério morte na ocasião da primeira vítima por COVID-19 no Brasil, chegando a dedicar 1/3 do jornal às pautas ligadas ao falecimento e 91% do tempo da edição, um recorde no período analisado, para os desdobramentos da pandemia.

REFERÊNCIAS

ERBOLATO, Mário L. **Técnicas de Codificação em Jornalismo – redação captação e edição em jornal diário**. 5ª edição, 6ª reimpressão. São Paulo: Ática, 2004.

FERREIRA, Fernanda Vasques; OLIVEIRA, Rayna Fernandes. **Os Valores-notícia de morte no jornal Correio Braziliense: quem merece ser notícia quando morre?** Mediação, Belo Horizonte, v. 16, n. 19, jul./dez. de 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3g69c1J>>. Acesso em: 16/07/2020.

FRIEDE, Reis. **Uma Reflexão Sobre as Medidas Iniciais Adotadas no Combate à COVID - 19 no Brasil**. Revista Augustus. Rio de Janeiro. V.25, n. 51, p. 15 – 30. jul./out. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2P2uZeY>>. Acesso em: 20/07/2020.

GOMES, I.M.A.M, *et al.* **O Jornal Nacional e a Ciência**. Intexto, Porto Alegre: UFRGS, v. 1, n. 20, p. 15-33, janeiro/junho de 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/305uC9J>>. Acesso em: 18/07/2020.

LOLLA, D.M. *et al.* **A televisão como veículo de informação: uma linguagem de imagens e sons**. Universitari@ - Revista Científica do Unisalesiano – Lins – SP, ano 2, n.3, jan/jun de 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3fcJnfi>>. Acesso em: 17/07/2020.

MENDES, Conrado Moreira e CHRYSTUS, Mirian. **Sobre o Jornal Nacional: um recorte discursivo**. Mediação, Belo Horizonte, v. 14, n. 14, jan./jun. de 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3jKQ8Iz>>. Acesso em: 11/07/2020.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de, *et al.* O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto contexto - enferm.** vol.29 Florianópolis 2020 Epub May 08, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/39XGQVi>>. Acesso em: 11/07/2020.

RIBEIRO, Michael. **A cobertura da pandemia do novo coronavírus trouxe maior credibilidade ao jornalismo**. Observatório da Imprensa. <<https://bit.ly/332aAii>> Acessado em: 17/07/2020.

SERGIO, Paulo. **O jornalismo clássico no ‘admirável mundo novo’**. Julho de 2020. Observatório da Imprensa. < <https://bit.ly/2EjVqug> >/. Acesso em: 22/07/2020.

SILVA, kimberly e BOAVENTURA, luís. **QUÃO NACIONAL É O JORNAL NACIONAL? UMA ANÁLISE SOBRE O PRIMEIRO TELEJORNAL EM REDE DO BRASIL.** Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste – Juazeiro – BA – 5 a 7/7/2018. Disponível em: <<https://bit.ly/39wTpGG>>. Acesso em: 15/07/2020.

SILVA, Gislene. **Para pensar critérios de noticiabilidade.** Estudos em Jornalismo e Mídia Vol.II Nº 1 - 1º Semestre de 2005. <<https://bit.ly/2WZJN20>> Acesso em: 19/07/2020.

SOUSA, Luana Rodrigues. **CRITÉRIOS DE NOTICIABILIDADE: uma análise das manchetes do Jornal Agora.** Revista Panorâmica On-Line. Barra do Garças – MT, vol. 22, p. 31 - 39, jan./jun. 2017.

TRAQUINA, Nelson. **Teorias do Jornalismo.** Volume1. Florianópolis: Insular, 2005

TUMA, Ana Beatriz. **COVID-19 e jornalismo local: alternativas de financiamento.** RedeComCiência.Edição 1097. Julho de 2020. Disponível no Observatório da Imprensa : <<https://bit.ly/3oV4eOS>>. Acessado em: 22/07/2020.

Periódico: Jornal Nacional, Rede Globo de Televisão.

Edições do dia 27 de fevereiro de 2020;

28 de fevereiro de 2020;

29 de fevereiro de 2020;

02 de março de 2020;

03 de março de 2020;

04 de março de 2020;

05 de março de 2020;

06 de março de 2020;

07 de março de 2020;

09 de março de 2020;

10 de março de 2020;

11 de março de 2020;

12 de março de 2020;

13 de março de 2020;

14 de março de 2020;

16 de março de 2020;

17 de março de 2020;

Todas as edições estão disponíveis no aplicativo Globo Play. <https://globoplay.globo.com/jornal-nacional/t/MyCrVrr6gW/>



SOBRE OS AUTORES

ORGANIZADORES

MICHAEL FERREIRA MACHADO

Sanitarista. Professor de Saúde Coletiva, no Curso de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutor e Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduado pela Universidade Federal de Alagoas. Coordena o Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva - CNPq/UFAL. Docente permanente no Mestrado Profissional em Saúde da Família UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

TÚLIO ROMÉRIO LOPES QUIRINO

Chefe da Divisão de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Recife. Psicólogo pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestrando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Pesquisador do Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva da Universidade Federal de Alagoas.

CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA

Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes (UNIT). Sanitarista/Epidemiologista. Doutor em Saúde Pública/Epidemiologia (Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz). Professor de Epidemiologia do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca, e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

AUTORES

ADEILTON GONÇALVES DA SILVA JUNIOR. Jornalista. Núcleo de Epidemiologia, Secretaria de Saúde, Juazeiro, Bahia.

ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA. Doutora em Nutrição (UFPE). Professora Associada da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente dos Programas de Pós Graduação em Saúde Coletiva; Gerontologia; Gestão e Economia da Saúde (UFPE).

ADRIANA LOBO JUCÁ. Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE). Terapeuta Ocupacional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

AMANDA JÚLIA DE ARRUDA MAGALHÃES. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

ANA CAROLINY DE BARROS SOARES LIMA. Enfermeira. Profissional-Residente em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Piauí.

ANA KALLINY DE SOUZA SEVERO. Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN). Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (UFRN).

ANA KARENINA DE MELO ARRAES AMORIM. Doutora em Psicologia Social (UFRN). Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFRN) e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFRN/RENASF/MS).

ANA SOFIA PESSOA DA COSTA CARRARINE. Médica. Diretora Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

ANDERSON BEZERRA DA SILVA. Assistente Social. Mestre em Comunicação com Fins Sociais (Universidad de Valladolid – Espanha). Coordenador Estadual do Fórum de Juventude Negra de Pernambuco.

AYARA JHULIA PALMEIRA DANTAS LIMA. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

BRUNO EDUARDO BASTOS ROLIM NUNES. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

CARLA CAROLINE SILVA DOS SANTOS. Doutoranda em Saúde Pública (IAM/FIOCRUZ). Nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

CEANNY CRISTINA PINHO COSTA. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Coordenadora do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Escola de Saúde Pública do Maranhão.

DAYANA DOURADO DE OLIVEIRA COSTA. Doutora em Saúde Coletiva (UFMA). Diretora científica da Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA).

DEUZILANE MUNIZ NUNES. Doutora em Ciências Médicas (UFC). Centro de Informações sobre Medicamentos, Professora do Colegiado de Farmácia, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco.

DIVANISE SURUAGY CORREIA. Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora Titular da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL), Maceió. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO).

EDGLEY DUARTE DE LIMA. Doutorando em Psicologia Clínica (UNICAP). Docente na FIP – Faculdades Integradas de Patos, Campina Grande, Paraíba.

EDMILSON NASCIMENTO. Mestrando em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Coordenador de Enfermagem UPA-24h, Secretaria de Saúde, Guanambi, Bahia.

EMANUELLE FREITAS GÓES. Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA). Pesquisadora do CIDACS/FIOCRUZ e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

ÉRIKA DE FÁTIMA MACHADO SOARES. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

FLÁVIA HELENA MIRANDA DE ARAÚJO FREIRE. Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro.

FRANCISCO JADSON FRANCO MOREIRA. Doutorando em Educação (UECE). Mestre em Educação Profissional em Saúde (FIOCRUZ-RJ). Pesquisador da Escola de Saúde Pública do Ceará.

FRANCIVÂNIA BRITO DE MATTOS. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem (UECE). Enfermeira. Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Ceará.

GLEISON ALVES DE SOUZA BATISTA. Mestrando em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Assessor de Planejamento, Secretaria de Saúde de Porto Seguro, Bahia.

GUSTAVO SÉRGIO DE GODOY MAGALHÃES. Médico de Família e Comunidade. Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP). Coordenação Telessaúde Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

ISABEL BRANDÃO CORREIA. Médica de Família e Comunidade. Mestre em Medicina de Família e Comunidade (University of Western Ontario – Canadá). Telessaúde Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

ISABEL DIELE SOUZA LIMA PIO. Mestre em Ciências (UNIVASF). Centro de Informações sobre Medicamentos, Professora do Colegiado de Farmácia, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco.

ISABELLE DINIZ CERQUEIRA LEITE. Doutora em Psicologia Cognitiva (UFPE). Psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

JAILSON DE BARROS CORREIA. Médico Pediatra. Doutor em Medicina (University of Liverpool – Inglaterra). Secretário de Saúde do Recife, Pernambuco.

JÉSSICA ARAÚJO DE CARVALHO. Doutoranda em Saúde Coletiva. Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Ceará.

JOÃO PAULO DA SILVA PAIVA. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

JUCIANNY MEDEIROS ARAÚJO. Doutoranda em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial (URFPE). Nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

JULIANA GONÇALVES. Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Pública (IAM/FIOCRUZ).

JULIANA VIEIRA SAMPAIO. Doutora em Psicologia (UFPE). Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Ceará.

JULIANE CAIRES DOS SANTOS MACÊDO. Mestranda em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Sanitarista do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, Secretaria de Saúde de Jequié, Bahia.

KARINA MARIA FARIAS TENÓRIO. Advogada. Especialista em Gestão Pública (UFRPE). Diretora Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

KARLA DANIELE DE SÁ MACIEL LUZ. Doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP). Professora do Colegiado de Psicologia e do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco.

KAUAN GUSTAVO DE CARVALHO. Enfermeiro. Profissional-Residente em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Piauí.

KEILA SILENE DE BRITO E SILVA. Doutora em Saúde Pública (USP). Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFPE).

KLEBER SOARES ARAÚJO. Médico Internista. Mestre em Medicina Interna (UFPE). Telessaúde Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

LEONARDO FEITOSA DA SILVA. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

LORENA SOUSA SOARES. Doutora em Enfermagem (UFPI). Docente do curso de Medicina e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Piauí.

LOURYANNE DE CASTRO SILVA. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

LUANA PADILHA DA ROCHA. Mestre em Enfermagem e Educação em Saúde (UFPE). Fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

LUCAS GOMES SANTOS. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

LUÍS FELIPE OLIVEIRA FERREIRA. Enfermeiro. Profissional-Residente em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Piauí.

LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Coordenadora do Curso de Libras, Escola de Saúde Pública do Maranhão.

MÁRCIA ANTÔNIA DIAS CATUNDA. Mestre em Informática Educativa (UECE). Professora universitária, Fortaleza, Ceará.

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DE OLIVEIRA. Mestre em Avaliação em Saúde (IMIP). Psicóloga Clínica. Coordenação Teleacolhimento e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

MARIA DEYSIANE PORTO ARAÚJO. Médica. Mestre em Saúde da Família (FIOCRUZ). Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

MARIA LOURDES DOS SANTOS. Doutora em Sociologia (UFC). Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Ceará.

MARIA SORAIDA SILVA CRUZ. Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE). Terapeuta Ocupacional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

MARIANA TROCCHOLI DE CARVALHO. Médica de Família e Comunidade. Coordenação Geral de Políticas e Programas de Saúde, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

MITLENE KALINE BERNARDO BATISTA. Mestranda em Psicologia (UPE). Psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Paulista, Pernambuco.

MORGANA DIAS CHAVES. Mestre em Ensino na Saúde (UECE). Editora de Seção da Revista Cadernos ESP – Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará.

NARA RAQUEL BARBOSA DA SILVA. Especialista em Saúde da Família e Atenção Básica (PRMSF-AB/Jaboatão dos Guararapes). Psicóloga. Pesquisadora autônoma vinculada ao Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva (NEMSP/UFAL).

RAFAELA BAHIA BORGES FORTE. Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

RENATO DE SOUZA MARIANO. Fisioterapeuta. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Petrolina, Pernambuco.

ROBERTA DE ALBUQUERQUE WANDERLEY. Médica. Especialista em Saúde da Família (UNIFAL). Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

RODRIGO FELICIANO DO CARMO. Doutor em Biotecnologia (UECE). Professor do Colegiado de Farmácia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco.

RODRIGO PEREYRA DE SOUZA COELHO. Doutor em Economia Aplicada (UNICAMP). Professor do Curso de Administração Pública da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES. Doutor em Saúde Pública (IAM/ FIOCRUZ). Professor Adjunto do Colegiado de Fisioterapia da Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina.

RUBENS CAVALCANTI FREIRE DA SILVA. Médico de Família e Comunidade. Doutorando em Saúde Coletiva (UERJ). Professor assistente da Universidade de Pernambuco (UPE).

Talita Rodrigues da Silva. Mestranda em Saúde Pública (IAM/FIOCRUZ). Psicóloga, especialista em Saúde da Família (UPE). Integrante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco.

TÂNIA RITA MORENO DE OLIVEIRA FERNANDES. Doutora em Ciências Cirúrgicas (UNIFESP). Professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco.

TASSIA FERNANDA CARNEIRO DE ANDRADE. Médica de Família e Comunidade. Núcleo de Coordenação Médica de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

TEREZA MACIEL LYRA. Médica. Doutora em Saúde Pública (IAM/FIOCRUZ). Pesquisadora em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, FIOCRUZ/PE. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE).

THAÍ CAMILLE ALVES GONÇALO. Mestre em Avaliação em Saúde (IMIP). Terapeuta Ocupacional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

THAÍS FERNANDA RIBEIRO DE MOURA. Enfermeira. Profissional-Residente em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Piauí.

THATIANA FERREIRA DE VASCONCELOS. Especialista em Saúde da Família (IMIP). Fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde do Recife, e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco (UPE).

THIAGO CAVALCANTI LEAL. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

VANESSA LEAL LIRA. Enfermeira. Profissional-Residente em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Piauí.

VICK BRITO OLIVEIRA. Mestre em Saúde Coletiva (UFPE). Psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Secretaria de Saúde de Recife, Pernambuco.

VITÓRIA INGRYD DOS SANTOS CARDOSO. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

YASMIN VITÓRIA SILVA NOBRE. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

YURI SÁ OLIVEIRA SOUSA. Doutor em Psicologia (UFPE). Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IP/UFBA).

Este livro foi selecionado pelo Edital nº 01/2020 da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), de um total de 44 obras escritas por professores/as vinculados/as em Programas de Pós-Graduação da Ufal, com colaboração de outros/as pesquisadores/as de instituições de ensino superior (autoria, coautoria e coletânea), sob a coordenação da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal). O objetivo é divulgar conteúdos digitais – e-books – relacionados à pandemia da Covid-19, problematizando seus impactos e desdobramentos. As obras de conteúdos originais são resultados de pesquisa, estudos, planos de ação, planos de contingência, diagnósticos, prognósticos, mapeamentos, soluções tecnológicas, defesa da vida, novas interfaces didáticas e pedagógicas, tomada de decisão por parte dos agentes públicos, saúde psíquica, bem-estar, cultura, arte, alternativas terapêuticas para o enfrentamento da Covid-19, dentre outros, abordando aspectos relacionados às diferentes formas de acesso à saúde e à proteção social, entre grupos mais vulneráveis da sociedade.

ISBN 978-65-5624-044-2



9 786556 124042

