

**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILM D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA**

THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES

**TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO AMAZONAS:
transformações sociais sob o signo da pandemia de Covid-19**

Manaus

2023



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
A M A Z O N A S

THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES

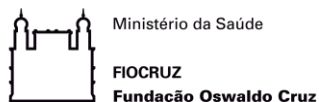
TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO AMAZONAS:
transformações sociais sob o signo da pandemia de Covid-19

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Amazônia, associação entre Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD, Universidade Federal do Amazonas – UFAM e Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

Orientador: Dr. Júlio Cesar Schweickardt

Manaus

2023



FICHA CATALOGRÁFICA

G924t Guedes, Thalita Renata Oliveira das Neves

Territórios da Atenção Básica de Saúde do Amazonas: transformações sociais sob o signo da pandemia da Covid 19. / Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

158 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Kátia Maria Lima Menezes.

1. COVID-19 2. Atenção à saúde – Amazonas I. Título

CDU 616-022.6(811.3)(043.3)

CDD 616.2414 22. ed.



Ministério da Saúde

FIUCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia



THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES

Banca examinadora

Dr. Júlio Cesar Schweickardt

Presidente da Banca

Dra. Márcia Irene Pereira Andrade Mavignier

Membro Externo da Banca

Dr. Alcindo Antônio Ferla

Membro Externo da Banca

Dr. Tiótreffis Gomes Fernandes

Membro Interno da Banca

Dr. Fernando José Herkrath

Membro Interno da Banca

Dr. Márcio Mariath Belloc

Suplente da Banca

Tese aprovada em: 18 de janeiro de 2023, conforme Ata da Sessão Pública de nº001 (Anexo A)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



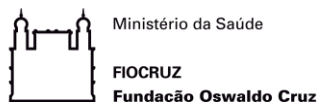
ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
A M A Z O N A S

DEDICATÓRIA

Para *Benedita Moraes de Oliveira e Therezinha de Jesus Henriques Bicho* e todas as mulheres da minha vida – as que me antecederam e as que serão extensão de mim. Obrigada por todo amor que chegou até mim através de vocês!

Para *Geraldo Fernando Rocha, Rosemergue Leonardo Bezerra, Raiza Glória Assem França* e as demais vítimas da pandemia de Covid-19. Que a partida prematura de vocês não tenha sido em vão, mas seja ponto de reflexão para repensarmos um projeto civilizatório em que a preservação de vidas humanas e não humanas seja nosso objetivo comum.



AGRADECIMENTO

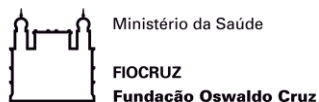
Agradecer é um ato de amor – sentimento puro, emoção, poesia, música da alma – por isso, início este agradecimento com um canto de louvor à Deus: *Louvai em todo o universo a Jesus majestoso, louvai-O por ser grandioso e entre nós partilhar seu amor. Louvai-O com harpas e flautas, danças e glória. Ele é a nossa vitória, louvai a Jesus, Salvador. Louvai a Deus e cantai com alegria, porque Ele é a força que nos protege, a paz que nos contagia (Toninho).*

Aos meus pais César e Auricléa. Diante de vocês serei “sempre pequena” e buscarei honrar seus ensinamentos. Obrigada por me amarem como sou! Para vocês eu canto: *Pai e mãe, vocês são as batidas do meu coração. A letra, a melodia da minha canção. A força que alimenta a minha inspiração. Pai e mãe, com vocês já sorri e chorei de emoção. Aprendi que perdoadando é que se tem perdão. Por amor é que eu faço essa declaração (Michel Teló).*

Ao meu esposo Uarodi. Ao longo desta jornada, aprendemos um com o outro. Lições de vida necessárias para que nosso amor se fortalecesse. Obrigada por não desistir de nós! Para você eu canto: *Pra você guardei o amor que aprendi vendo os meus pais. O amor que tive e recebi. E hoje posso dar livre e feliz (Nando Reis).*

À minha filha Letícia. Nesta jornada, você me amou mesmo quando não tive paciência para ouvir as histórias do *reddit*. Você não só me apoiou com abraços, beijos e palavras, mas também coletou, transcreveu, digitou. Foi uma assistente de pesquisa extraordinária. Para você eu canto: *Um e o outro juntos. Pois tem que ser mesmo assim. Sempre em conjunto. Vamos até o fim. Até o fim (Monstros S.A.)*

Às minhas irmãs Aline, Agres e Tássia. Vocês são meu primeiro coletivo. Foi com vocês que aprendi a compartilhar a vida. A “casa das sete mulheres” não seria a mesma sem vocês. Para vocês eu canto: *Ay, qué bonita es esta vida. Aunque a veces duela tanto y a pesar de los pesares. Siempre hay alguien que nos quiere. Siempre hay alguien que nos cuida. Ay, ay, ay,*



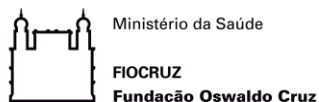
qué bonita es esta vida. Aunque no sea para siempre. Si la vivo con mi gente. Es bonita hasta la muerte con aguardiente y tequila (Jorge Cledón).

Às amigas Izi Caterini, Fabiana Mânica, Ana Elizabeth, Ivamar Silva, Hellen Bastos e Mickela Souza. Obrigada pela dedicação nas oficinas participativas, entrevistas com usuários e generosidade na leitura e revisão desta tese. E às amigas dos grupos “Amigas Irmãs”, “Luluzinhas”, “Quarteto Fantástico” e “Heróis da resistência”. Vocês são mulheres incríveis. Mobilizam o melhor em mim. Obrigada por cada abraço, palavra de incentivo e oração. Para vocês eu canto: *Lágrimas na vitória. Sempre na derrota ou glória. É luz na escuridão. Somos um só coração. Sempre vivo na memória. Faz parte da minha história. Nada vai nos separar. A amizade é tudo! (Thiaguinho).*

Aos amigos do grupo “Reunião BSB”. Não sou a mesma desde Sucatinga. Vocês seguraram minhas mãos quando mais precisei. Obrigada por cada momento vivido nestes mais de 20 anos. Para vocês eu canto: *A amizade nem mesmo a força do tempo irá destruir. Somos verdade. Nem mesmo este samba de amor pode nos resumir. Quero chorar o seu choro. Quero sorrir seu sorriso. Valeu por você existir, amigo (Fundo de Quintal)*

Ao meu orientador, professor Júlio Cesar por dizer sim (duas vezes) para essa orientação e compartilhar tantas reflexões ao longo desses quatro anos e meio. Agradeço também aos doutores da banca Alcindo Ferla, Márcia Irene Mavignier, Fernando Herkrath, Tiótréfis Fernandes, Márcio Belloc e a todos os professores e pesquisadores do Laboratório de Histórias, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia e do Doutorado de Saúde Pública na Amazônia. Obrigada pela paciência, sugestões de leituras e compartilhamento de conhecimento. Para vocês eu recito: *Faz escuro, mas eu canto, porque a manhã vai chegar. Vem ver comigo, companheiro, a cor do mundo mudar. Vale a pena não dormir para esperar, a cor do mundo mudar. Já é madrugada, vem o sol, quero alegria, que é para esquecer o que eu sofria. Vamos juntos, multidão, trabalhar pela alegria, amanhã é um novo dia (Thiago de Mello).*

E a todos os usuários, profissionais de saúde e gestores participantes desta pesquisa. Obrigada por compartilharem suas experiências, produzirem saúde e conhecimento nos territórios amazônicos. Para vocês recito: *Para os anjos da saúde que trazem paz em suas mãos*

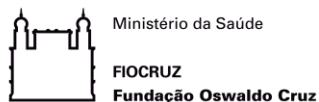


uma flor feita com pétalas de milhões de corações. Aos que nas ruas trabalham em necessárias funções, uma flor feita com pétalas de milhões de corações. E que entre nós ofertemos, após tantas privações, uma flor feita com pétalas de milhões de corações (João de Jesus Paz Loureiro).

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pela liberação para o estudo e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM pelo fomento para realização da pesquisa. Com políticas de incentivo à qualificação e à ciência como essas, caminharemos para um Brasil melhor e um Sistema Único de Saúde mais forte e mais humano.

Aos amigos do “Ministério de Música”. Não vivo mais sem vocês. Com vocês eu canto:

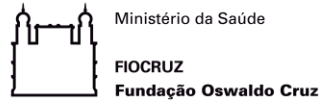
*Nossa Senhora das águas, luz que a esperança alumia,
Rainha das ribanceiras, Mãe nossa de cada dia.
Nossa Senhora das flores, nossa fé e nossa guia,
Mãe da imensa Amazônia, Mãe nativa, Mãe Maria.
Maria Mãe do mateiro, do caboclo pescador,
do sofrido seringueiro, do esquecido lavrador.
Mãe do índio destribado, dos que sofrem neste chão.
Mãe da Amazônia e do povo que clama libertação.
Nossa Senhora das luzes, Madrinha da ecologia,
dai ao homem predador juízo e sabedoria.
Nossa Senhora cabocla, Mãe de Jesus curumim,
és a Rainha da Paz desta paz que habita em mim.
Rogai por nossa Amazônia, pra que nunca tenha fim (Celdo Braga).*



RESUMO

Apresentamos a tese de doutoramento intitulada: Territórios da Atenção Básica de Saúde do Amazonas: transformações sociais sob o signo da pandemia de Covid-19, conforme exigência regimental do Programa de Saúde Pública na Amazônia. Este estudo teve por objetivo principal analisar as transformações sociais para população e profissionais de saúde em áreas de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas, durante a pandemia de Covid-19. Optamos pela pesquisa com métodos mistos. A partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade, compreendemos os efeitos da Covid-19 na morbimortalidade da população e, em especial, dos profissionais de saúde. Aplicamos um questionário para a população que vive nos territórios da Atenção Básica, a fim de compreender a experiência de conviver com a Covid-19 e com as orientações sanitárias. Aprofundamos a temática com a realização de entrevistas coletivas com trabalhadores e gestores de saúde para compreender as modificações nos processos de trabalho na Atenção Básica. Os resultados foram organizados em artigos e capítulos de livro.

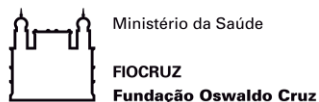
Palavras-chaves: Covid-19; Atenção Básica à Saúde; Condições Sociais; Transformações Sociais; Amazônia.



ABSTRACT

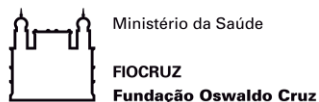
We present the doctoral thesis entitled: Territories of Primary Health Care in the Amazon: social transformations under the sign of the Covid-19 pandemic, as required by the Public Health Program in the Amazon. The main objective of this study was to analyze the social transformations for the population and health professionals in areas covered by Primary Health Care in the State of Amazonas, during the Covid-19 pandemic. We opted for research with mixed methods. Based on data from the Mortality Information System, we understand the effects of Covid-19 on the morbidity and mortality of the population and, in particular, of health professionals. We applied a questionnaire to the population living in Primary Care territories, in order to understand the experience of living with Covid-19 and with the health guidelines. We deepened the theme by carrying out collective interviews with workers and health managers to understand the changes in work processes in Primary Care. The results were organized into articles and book chapters.

Keywords: Covid-19; Primary Health Care; Social Conditions; Social Transformations; Amazon.



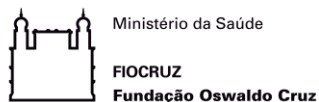
LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA para identificação de estudos via bancos de dados.	32
Figura 2. Árvore Explicativa de Problemas, Manicoré, Am	50
Figura 3. Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – ZOPP, São Gabriel da Cachoeira, AM.....	50
Figura 4. Corredor do Cuidado, São Gabriel da Cachoeira, Am.....	50
Figura 5. Narrativa, Manicoré - AM.....	51
<i>Figura 6. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (grupo 5)</i>	<i>67</i>
Figura 7. Mapa da distribuição de mortalidade dos agropecuários, florestais e da pesca (grupo 6)	68
<i>Figura 8. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços essenciais (grupo 0 e 7)</i>	<i>71</i>
Figura 9. Municípios da pesquisa participativa.	78
Figura 10. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manicoré, AM.	96
Figura 11. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manaus, AM.	96
Figura 12. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores da atenção básica de São da Cachoeira, AM.....	97
Figura 13. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores do Distrito de Saúde Indígena do Alto Rio Negro, AM.....	97
Figura 14. Municípios participantes da Pesquisa	108
Figura 15. Modelo teórico das dimensões relacionadas à prevenção e controle da Covid- 19 nos territórios da Atenção Básica.	109



LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da mortalidade de trabalhadores no Brasil, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.....	63
Tabela 2. Fatores associados às medidas de prevenção e controle da Covid-19 no Grupo 3 (Carauari, Manicoré e Tefé) em relação à Manaus, Amazonas.....	112
Tabela 3. Perfil dos entrevistados.....	123



LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese metodológica.....	22
Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na pesquisa.	33
Quadro 3. Técnicas de abordagem participativa	52
Quadro 4. Grupos ocupacionais afetados pela Covid-19	64
Quadro 5. Código de análise de medidas de prevenção e controle da Covid-19.	80



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

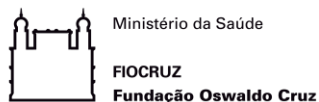


ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia



SUMÁRIO

Introdução	17
1 Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: revisão de literatura sistemática qualitativa	29
Resumo	29
Introdução.....	30
Métodos	31
Resultados.....	32
Discussões	34
Considerações.....	39
Referências	39
2 Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento	42
Introdução.....	42
A pesquisa participativa e a ecologia dos saberes	44
As experiências da pesquisa participativa na Amazônia	48
Considerações Finais	55
Referências	57
3 Efeitos da Covid 19 sobre a força de trabalho no Brasil: ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia.....	59
Introdução.....	59
A Covid-19 e seus impactos no mercado de trabalho	62
Análise da mortalidade por Covid-19 no Brasil: ocupações essenciais e proteção no contexto da pandemia	69
Considerações Finais	72



Referências	73
4 Enfrentamento à pandemia de covid-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas.....	76
Introdução.....	76
Os territórios na atenção básica	77
Enfrentamento da Covid-19 no Amazonas: a coordenação do setor saúde em foco.....	81
Atenção básica, vigilância em saúde e saúde do trabalhador: tríade necessária para produzir saúde em tempos de pandemia.....	84
Informação, comunicação em saúde e participação social: o combate à propagação da Covid-19 e das <i>fake news</i>	92
Para além da Covid-19: o olhar resolutivo dos profissionais e gestores da atenção básica	96
Considerações Finais	99
Referências	100
5 Atenção à saúde no <i>território líquido</i>: prevenção e controle da Covid-19 na Amazônia Brasileira	103
Resumo	103
Introdução.....	104
Métodos	106
Resultados.....	110
Discussão	112
Referências	116
6 Transformações sociais nos territórios Amazônicos em tempos de pandemia ..	118
Resumo	118
Introdução.....	119
Métodos	121



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEONIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

Resultados e discussão.....	122
Considerações Finais	134
Referências	136
Considerações Finais	139
Referências	144
Apêndices.....	147
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	147
B - Questionário para usuários	150
C - Roteiro da entrevista coletiva	155
Anexo	157
A – Ata de aprovação	157
B – Parecer Consubstanciado do CEP	158

Introdução

A Organização Mundial de Saúde decretou o cenário de Pandemia de Covid-19 em fevereiro de 2020, levando pesquisadores, trabalhadores e gestores da saúde e de outras áreas a desenvolver ações de combate ao vírus. No Brasil, no final de 2020, o número de pessoas contagiadas ultrapassou 8 milhões e ocorreram mais de 184 mil óbitos, esse número subiu para 689 mil óbitos em outubro de 2022, mostrando que ainda precisamos ter mais esforços das políticas públicas no enfrentamento as pandemias, em especial as que possuem características comparáveis a de Covid-19.

Pandemia é emergência de Saúde Pública que envolve diversos setores da sociedade, atingindo, principalmente, grupos que estão em situação de vulnerabilidade e populações específicas como as populações indígenas. Estamos vivendo uma situação em que oscilamos entre momentos piores e médios em relação à contaminação, não sabendo em que “onda” estamos. Assim, há um permanente número de infectados, hospitalizados e mortos e nossas esperanças estão colocadas na produção das vacinas, mas ainda estamos enfrentando as baixas taxas de imunização em muitos municípios brasileiros.

As campanhas educativas, as estratégias de prevenção e controle da Covid-19 têm sido naturalizadas pela população, quando o isolamento físico e o distanciamento social não são seguidos. Portanto, a presente tese buscou *analisar as transformações sociais para população e profissionais de saúde em áreas de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas, durante a pandemia de Covid-19*. E também: *1. Analisar a produção do conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19; 2. Analisar a mortalidade de trabalhadores por Covid-19 no Brasil; 3. Compreender as mudanças nos processos de trabalho da Atenção Básica em Saúde durante a pandemia de Covid-19; 4. Analisar os serviços de prevenção e controle da Covid-19 nos territórios da Atenção Básica no Amazonas; 5. Identificar as mudanças sociais produzidas pela pandemia de Covid-19 para população nos territórios da Atenção Básica em Saúde*.

A pandemia afetou os modos de vida, trouxe prejuízos para o emprego e renda das pessoas e processos de ensino-aprendizagem. Num primeiro momento, o isolamento social foi

seguido pela maioria da população, pois havia uma expectativa de que a pandemia passaria, mas o tempo foi passando e a pandemia não cessou, fazendo as pessoas reorganizarem seus modos de viver.

As medidas de isolamento e distanciamento social amplo, como iniciativa fundamental de enfrentamento da doença, têm sido um campo de disputas narrativas e de práticas. Webster *et al.* (2020) alertam que a adesão às medidas preventivas estão relacionadas aos seguintes aspectos: o conhecimento sobre a doença (especialmente sobre as formas de transmissão) e procedimentos de quarentena; a organização social e as formas de se relacionar no cotidiano, que podem facilitar ou atrapalhar a adesão; a percepção dos ganhos com as medidas de isolamento e os riscos da doença; aspectos práticos, como o abastecimento de alimentos e a distribuição dos serviços de saúde; e as consequências relacionados com o trabalho.

Além dessas questões temos ainda as disputas sobre a vacina, que é uma estratégia central de enfrentamento da doença. As medidas de isolamento não são fáceis de serem executadas porque depende da população e do modo como o poder público conduz as orientações. As normas sociais e os valores culturais têm um peso importante na adesão ou não às medidas de isolamento, principalmente nas comunidades tradicionais. Do mesmo modo, uma comunicação que aborde os benefícios do isolamento são elementos que contribuem para a adesão (WEBSTER *et al.*, 2020).

Com a Covid-19 não dando trégua, as Secretarias Municipais de Saúde (SEMSA) e as equipes da saúde da família tiveram um papel importante nas estratégias de controle da pandemia. Desse modo, a proposta do projeto é analisar como as principais secretarias municipais do Estado elaboraram ações de contingência para combate a pandemia nos diferentes territórios da Amazônia; bem como, buscamos contribuir com as Secretarias Municipais de Saúde com a produção de material educativo para as equipes de saúde e para a população. A pandemia tem nos ensinado que precisaremos incorporar no nosso cotidiano ações preventivas e de higiene, que mesmo com a vacina serão importantes para o enfrentamento de endemias, epidemias e pandemias.

A Atenção Básica (AB) é coordenadora do cuidado, portanto tem o papel de articular com as outras áreas de atenção, como a vigilância em saúde e hospitalar. É comprovado que uma maior eficácia nesse nível de atenção, ajuda a diminuir as internações hospitalares, principalmente aquelas de causas sensíveis da AB. Isso justifica a necessidade de maior

investimento para o seu fortalecimento, porque as estratégias de enfrentamento da Covid-19 se dão no território de vida das pessoas, onde acontece o diálogo com os seus modos de vida.

A pandemia de Covid-19 encontrou um terreno fértil na Região Amazônica, com aumento expressivo no número de casos, nos mais diferentes territórios, atingindo as populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas. O contexto de desigualdade social e de acesso a serviços de saúde dessas populações agravou ainda mais a situação. O fenômeno da interiorização da pandemia na Amazônia passou pela “dinâmica dos rios e dos seus transportes. Houve a preocupação inicial de fazer as barreiras sanitárias nos portos da região para a proibição do transporte fluvial de passageiro e de mercadorias, que posteriormente foi liberada para não faltar alimentos para a população” (SCHWEICKARDT *et al.*, 2022, p. 18).

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS (2020) ressaltou que no mês de abril de 2020, a doença alcançou bairros mais populosos e as periferias de Manaus e a ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atingiram sua capacidade máxima no Estado. A instituição informa que a evolução temporal foi caracterizada por duas ondas epidêmicas: a) período de 13 de março até 30 de maio, com aumento acelerado de casos, na capital e no interior; b) período de 23 de dezembro de 2020 a 24 de janeiro de 2021, esta segunda impulsionada pela circulação da variante P1. Em 2022, os números de contágio continuam aumentando e a variante BE.9 foi identificada por cientistas da Fundação Oswaldo Cruz (2022).

Diante daquela primeira onda, o Governo do Estado do Amazonas estabeleceu medidas restritivas com o objetivo de conter o avanço da doença. Os efeitos dessas medidas, somado aos demais esforços de controle da pandemia, refletiram na diminuição de casos da doença no mês de outubro e estabilização no número médio de casos da Covid-19 (AMAZONAS, 2020).

Desta forma, com a queda dos novos casos em relação à primeira onda, os municípios afrouxaram as medidas de distanciamento e restrições de circulação. Além disso, muitas pessoas se reuniram em festas, confraternizações de fim de ano, acreditando que a pior fase havia passado. Devido a estas situações, tivemos um agravamento na segunda onda, com uma alta taxa de mortalidade, falta de oxigênio e um colapso nos serviços de saúde e funerário.

O cenário pandêmico no Amazonas foi tão grave que considerando o período de 2020 a 2021, o estado apresentou a maior mortalidade pela doença, com uma taxa de 307 óbitos/100 mil habitantes. Ocupou a 11ª posição no ranking dos estados com a maior taxa de incidência e

possui a 3ª maior taxa de letalidade. Enquanto isto, outras capitais do país conseguiram manter o controle, ao menos até o momento, da demanda aos serviços de saúde. É o caso de Fortaleza, que apresentou um pico acentuado de óbitos de Covid-19 logo após Manaus, em junho de 2020 (BARRETO *et al.*, 2021).

Araújo & Lima (2022) apontam que no comparativo entre os óbitos observados e os esperados para Covid-19 somente os municípios de Boca do Acre, Manicoré, Carauari e Tabatinga tiveram óbitos menores que o esperado, nos anos de 2020 e 2021. Os demais apresentaram excesso de mortes, sendo Manacapuru (173%), Manaus (172%) e Tefé (152%), os de pior situação. Em novembro de 2022, a taxa de mortalidade

Mendonça (2020) refletiu que a capital amazonense apresentava a maior proporção de domicílios em favelas entre todas as capitais do país, com moradias irregulares, sem estrutura ou com condições precárias de saneamento básico, o que dificultava o isolamento social e favoreceu a disseminação do vírus causador da Covid-19.

Penha (2020) destaca que Manaus é o exemplo concreto da relação global-local, em que a propagação da doença nos mostrou o quanto os fluxos das redes globais podem rapidamente relacionar o mundo a diferentes lugares e a fragilidade da saúde pública contribui para a ampliação dos impactos e as desigualdades sociais. Apesar de termos um sistema de saúde universal, reconhecido mundialmente, as interferências políticas enfraqueceram as estratégias de enfrentamento da Covid-19.

Face ao aumento de casos, os serviços de saúde dos municípios amazonenses foram pressionados a dar resposta a inúmeras questões da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus fluxos. A atenção à saúde precisou ser reorganizada de acordo com o cenário epidemiológico. A Atenção Básica retomou o seu papel de coordenadora da RAS e criando estratégias de integração entre vigilância e assistência, para atender as necessidades de saúde de uma demanda nunca vista, desde sua implantação. Alguns brasileiros, por exemplo, tiveram o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) neste contexto.

Surgem inúmeros questionamentos frente a essa situação: Quais os impactos da pandemia de Covid-19 na vida dos trabalhadores? Quais estratégias foram utilizadas na Atenção Básica para enfrentamento da pandemia de Covid-19? Houve mudanças nos processos de trabalho da Atenção Básica em Saúde durante a pandemia de Covid-19? A condição social da

população teve influência na morbimortalidade no Estado do Amazonas? Que transformações sociais foram produzidas durante a pandemia de Covid-19?

Assim, nossa hipótese é que *a pandemia de Covid-19 trouxe consequências para o Sistema Único de Saúde, produzindo transformações sociais no cotidiano das populações amazônicas, o que gerou a mobilização de estratégias para seu enfrentamento no âmbito da Atenção Básica no Amazonas.*

Essas questões fizeram parte das nossas reflexões e investigações. Assim, a importância do presente estudo reside no debate sobre a política de saúde na Amazônia, com vistas a construir um conhecimento que subsidie a atuação dos segmentos profissionais e da sociedade envolvidos com esta política em situações de crises sanitárias e pandemias. O estudo traz resultados que podem contribuir com a mudança nas condições de saúde e de vida das populações amazônicas.

Optamos por realizar uma pesquisa com métodos mistos, utilizando instrumentos de trabalho de campo que visam a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (MINAYO, 2017). Desta forma, nosso percurso metodológico passou por três fases – exploratória, de campo e de análise, além de tratamento do material empírico e documental, descritos com base em Minayo (2019).

A fase exploratória consistiu na produção do projeto de pesquisa e procedimentos necessários para realização da pesquisa como escolha do *locus* e da amostra, fizemos a qualificação do projeto. A fase de campo constituiu-se na aproximação da realidade empírica do objeto de estudo. E a fase de análise ocorreu na organização das informações e entrevistas coletadas, bem como na interpretação desses dados à luz dos autores estudados. Considerando a necessidade de termos uma visão geral da proposta metodológica da Tese, construímos o quadro contendo a síntese metodológica (quadro 1).

Quadro 1. Síntese metodológica

Objetivos	Questão norteadora	Método	Técnicas/Instrumentos	Tipo de Análise	Resultados
1. Analisar a produção do conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19	Qual a produção de conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 na Amazônia?	Revisão de Literatura Sistemática Qualitativa	Protocolo PRISMA	Análise de conteúdo	Artigo: Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: revisão de literatura sistemática qualitativa
2. Analisar a mortalidade de trabalhadores por Covid-19 no Brasil	Quais os impactos da pandemia de Covid-19 na vida dos trabalhadores?	Misto	Sistema de Informação de Mortalidade, analisando o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da população economicamente ativa, na faixa etária de 18 a 70 anos.	Análise de conteúdo bibliográfica e documental Análise estatística descritiva	Capítulo de livro: Efeitos da Covid-19 sobre a força de trabalho no Brasil
3. Compreender as mudanças nos processos de trabalho da Atenção Básica em Saúde durante a pandemia de Covid-19;	Houve mudanças nos processos de trabalho da Atenção Básica em Saúde durante a pandemia de Covid-19?	Participativo	Entrevistas coletivas com profissionais de saúde e gestores da AB	Análise de conteúdo com auxílio do software MAXQDA	Capítulo de livro: Pesquisa participativa na Amazônia: contribuições para o debate na Saúde Coletiva Capítulo de livro: Produção do cuidado na pandemia de Covid-19: um estudo na Atenção Básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira

Continuação da Síntese Metodológica

Objetivos	Questão norteadora	Método	Técnicas/Instrumentos	Tipo de Análise	Resultados
4. Analisar os serviços de prevenção e controle da Covid-19 nos territórios da Atenção Básica no Amazonas	Quais estratégias de prevenção e controle de Covid-19 foram utilizadas na Atenção Básica?	Misto	Entrevistas individuais com usuários da AB	Análise estatística, teste qui-quadrado e regressão logística com base no modelo construído e uso de software STATA Análise de conteúdo para perguntas abertas com auxílio do software MAXQDA	Artigo: Atenção à saúde no território líquido: prevenção e controle da Covid-19 na Amazônia Brasileira
5. Identificar as mudanças sociais produzidas pela pandemia de Covid-19 para população nos territórios da Atenção Básica em Saúde;	Que transformações sociais foram produzidas durante a pandemia de Covid-19?	Misto	Entrevistas individuais com usuários da AB	Análise estatística, teste qui-quadrado com uso de software STATA Análise de conteúdo para perguntas abertas com auxílio do software MAXQDA	Artigo: Transformações Sociais nos territórios amazônicos em tempos de pandemia

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os municípios participantes da pesquisa foram escolhidos a partir dos seguintes critérios: 1) Capital; 2) Município que faz fronteira com outros países e/ou divisa com outros estados; 3) Município sem ou difícil acesso terrestre à Manaus; 4) Município com acesso terrestre à Manaus.

O Estado do Amazonas está situado na região Norte do Brasil e, segundo estimativas do IBGE para 2021, a população é de 4.269.995 habitantes e a sua densidade populacional é de 2,23 habitantes/Km². Aproximadamente, metade da população vive em sua capital, Manaus (2.255.903 pessoas) e se configura como o estado com maior população indígena do Brasil, cerca 168,7 mil indígenas (IBGE, 2010; IBGE, 2021). O Amazonas possui sessenta e dois municípios (CMM, 1990).

Os municípios que fazem fronteira com outros países e/ou divisa com outros estados: Boca do Acre (Purus), Parintins (Baixo rio Amazonas), Tabatinga (alto rio Solimões), São Gabriel da Cachoeira (alto rio Negro), totalizam 269.745 habitantes (IBGE, 2021). Dentre eles, foi o mais afetado com a Covid-19 foi Parintins, cujo coeficiente de mortalidade¹ chegou a 309,46 por 100 mil habitantes e o menos afetado foi Boca do Acre (77,96).

Seguindo, temos os municípios sem acesso terrestre Manaus: Carauari (médio rio Juruá), Manicoré (rio Madeira) e Tefé (médio rio Solimões), totalizam a população de 145.374 habitantes (IBGE, 2021). Dentre estes, Manicoré foi o município com menor coeficiente de mortalidade por Covid-19 (183,02) e o com maior coeficiente Tefé (332,51).

O grupo de municípios com acesso terrestre à capital: Iranduba (entorno de Manaus e rio Negro), Itacoatiara (médio rio Amazonas), Manacapuru (rio Solimões e rio Negro) e Presidente Figueiredo (entorno de Manaus e rio Negro). Estes municípios têm a população de 291.472 habitantes (IBGE, 2021). Destacamos a situação de Manacapuru que teve o maior coeficiente de mortalidade por Covid-19 não só desse grupo, mas também do Amazonas com cerca de 409,03 mortes por 100 mil habitantes, sendo menor apenas que Manaus (427,06). Presidente Figueiredo com 290,03 foi o município com menor coeficiente de mortalidade nesse grupo.

¹ Diferença entre o número de óbitos observados e esperados por 100.000 habitantes.

Inicialmente, a população de interesse foi “usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)”, dos 12 municípios participantes da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: usuários da Atenção Básica, na faixa etária de 18 anos ou mais e que aceitaram participar da pesquisa. E o critério de exclusão foi: população indígena aldeada. Foram realizadas 385 entrevistas individuais com essa população no período de dezembro de 2021 a maio de 2022. A amostra intencional foi calculada², considerando o tamanho da população 2.962.494 pessoas (somatório da população estimada dos 12 municípios participantes, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Para apoiar a coleta de dados, treinamos profissionais de saúde locais, indicados pelas Secretarias, que realizaram as entrevistas nas Unidades Básicas de Saúde participantes. Na ocasião, foi apresentado a cada usuário os objetivos da pesquisa e a informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), para conhecimento e consentimentos, conforme legislação.

O instrumento utilizado com os usuários (Apêndice B) possui questões fechadas e abertas, dividido em cinco partes: I - Perfil do entrevistado; II - Acesso aos serviços de saúde durante a Pandemia; III - Comunicação e Informação sobre Covid-19; IV - Medidas de prevenção e controle da Covid-19; V - Mudanças sociais produzidas pela pandemia. Antes de ser aplicado, o questionário passou por um pré-teste para ajustes nas questões.

Para aprofundar o conhecimento sobre a temática das mudanças dos processos de trabalho na Atenção Básica durante a pandemia, realizamos entrevistas coletivas com 65 profissionais e gestores de saúde nos municípios de Manicoré (em maio de 2022), Manaus (junho de 2022) e São Gabriel da Cachoeira (julho de 2022).

Nestas entrevistas coletivas, a população de interesse foi “profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica” dos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira. Os critérios de inclusão foram: profissionais e gestores que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e que aceitaram participar da pesquisa. E o critério de exclusão: profissionais e gestores licenciados e/ou de férias no momento da coleta de dados. O roteiro utilizado (Apêndice C) é composto por técnicas e estratégias da pesquisa participativa.

² Para o cálculo da amostra foi utilizada a calculadora online <https://calculareconverter.com.br/calculo-amostal/>.

Todos os encontros foram gravados com a autorização dos participantes e transcritos. Em todas as fases da pesquisa observamos as condições epidemiológicas e atendemos às recomendações sanitárias dos municípios e diretrizes da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE: 51941321.4.0000.5020 (Anexo B).

Os áudios foram transcritos e analisados em seu conteúdo, categorizados segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação (BARDIN, 2011). Para tanto, utilizamos o software MAXQDA para análises do conteúdo das entrevistas.

Utilizamos também o diário de campo, um instrumento de anotações, com impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos participantes sobre os temas pesquisados, dentre outros. Os dados registrados nos diários de campo se constituem em um acervo de impressões que ressignificam a pesquisa de campo (MINAYO, 2017).

Assim, esta tese é composta pelos **artigos e capítulos de livro** a seguir:

1 Atenção Básica em Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: revisão de literatura sistemática qualitativa analisa a produção do conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19, apresentando estudos relacionados à atenção integral à saúde, gestão do cuidado na Atenção Básica e Educação na Saúde. Artigo publicado na Revista Saúde Coletiva (Barueri).

2 Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento reflete sobre os modos de fazer pesquisa na Amazônia, com uso de técnicas participativas que fomentem a pesquisa participativa enquanto ato emancipatório. Capítulo publicado no Livro “Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: a participação faz o território amazônico”, Editora Rede Unida.

3 Efeitos da Covid-19 sobre a força de trabalho no Brasil, destacando as ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia apresenta as consequências da Covid-19 sobre a classe trabalhadora no Brasil, especialmente, seus impactos nas ocupações de importante relevância no suporte à vida no contexto de pandemia. Partimos do pressuposto de que a proteção dos trabalhadores, nos seus diversos espaços laborais, deve ser considerada uma

estratégia de enfrentamento à Covid-19. Este capítulo foi produzido sob encomenda pela Organização Panamericana de Saúde/Conselho Nacional de Saúde e publicado, após avaliação de pares em processo conduzido pela OPAS e pelo CNS, no livro “A pandemia e o trabalho em saúde: vozes do cotidiano”, da Editora Rede Unida.

4 Enfrentamento à pandemia de Covid-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas discorre sobre as estratégias da Atenção Básica dos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, a partir dos documentos institucionais como o Plano Estadual de Saúde Amazonas (2020-2023), Planos Municipais de Saúde e de Contingência à Covid-19, Portarias e outros documentos que tratam do enfrentamento da pandemia. Para aprofundamentos, foram identificados os problemas enfrentados e as soluções encontradas, durante a pandemia, pelos profissionais e gestores de saúde da Atenção Básica. Capítulo publicado no Livro “Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: a participação faz o território amazônico”, Editora Rede Unida.

5 Atenção à saúde no território líquido: prevenção e controle da Covid-19 na Amazônia Brasileira discorrem sobre as estratégias da Atenção Básica para prevenção e controle da Covid-19, a partir do olhar dos usuários do Sistema Único de Saúde. Artigo submetido à Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, ISSN: 1518-8787.

6 Transformações Sociais nos territórios amazônicos na pandemia de Covid-19 versa sobre a visão dos usuários do Sistema Único de Saúde acerca das mudanças ocorridas no cotidiano de trabalho e organização familiar na pandemia. Artigo submetido à Revista Serviço Social & Sociedade, editada pela Cortez Editora, área: Ciências Sociais Aplicadas, versão on-line ISSN: 2317-6318.

Os resultados produziram informações relevantes sobre condições sociais da população, bem como respostas ao sistema de saúde do Estado e dos municípios sobre esta pandemia, podendo trazer contribuições para o enfrentamento de outras pandemias e surtos no contexto amazônico. Por fim, destacamos que esta investigação é um desdobramento do ampliado intitulado Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM no âmbito do

Programa CT&I nas emergências de saúde pública no Amazonas – Covid 19 – PCTI-EMERGESAÚDE/AM – Chamada II – Áreas prioritárias.

1 Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: revisão de literatura sistemática qualitativa³

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Jesse Moraes de Oliveira
Júlio César Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Ana Elizabeth Sousa Reis

Resumo

Objetivo: Analisar a produção do conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19. *Método:* Revisão de Literatura Sistemática Qualitativa. Os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Covid-19” e “Pesquisa Qualitativa” e seus termos alternativos foram selecionados a partir da Edição DECS/MESH 2021, no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Na análise foram removidos os estudos duplicados, sem metodologia descrita e texto completo não disponível, permanecendo 15 artigos originais. *Resultados:* A análise foi realizada a partir de três categorias: Atenção integral à saúde que destacou ações potentes das equipes de saúde no enfrentamento à Covid-19; Gestão do cuidado na Atenção Básica que mostrou a dificuldade nos fluxos do trabalho e as ferramentas utilizadas no enfrentamento da pandemia; Educação na Saúde que evidenciou a necessidade de Educação Permanente para resolução de conflitos. *Conclusão:* Não foi possível identificar textos publicados na Região Amazônica, indicando possibilidades de pesquisa na área.

Palavras-chave: Atenção Básica; Serviços de Saúde; Covid-19; Pesquisa Qualitativa; Revisão Sistemática.

³ Artigo Publicado. Disponível em <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i78p10820-10833>.

Introdução

A pandemia de Covid-19, causada pelo coronavírus Sars-Cov-2 foi decretada em fevereiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), levando à necessidade de reorganização dos serviços de saúde para o controle, a prevenção e a produção de cuidado da população acometida com a doença.

O cenário imposto pela pandemia e seus efeitos nas relações, reposicionaram também o debate entre “o saber e a cultura local e o global” (FREHSE, 1998). É importante também compreender como as diferentes culturas e as múltiplas conformações das identidades locais se rearticulam nesse novo cenário (TEIXEIRA, 2006). Além disso, instituições de pesquisa, estudiosos e pesquisadores foram mobilizados para compreenderem este fenômeno devastador na saúde mundial.

Para Sarti *et al* (2020), assim como em outras epidemias, como a de dengue, Chikungunya e Febre amarela, a Atenção Básica deve ser vista como um importante pilar frente às situações emergenciais, isso porque as ferramentas principais deste nível de atenção envolvem o conhecimento do território, monitoramento das famílias e o vínculo entre o usuário e a equipe, o que favorece a contenção da pandemia, logo, a Atenção Básica deve ser fortalecida como uma resposta potente às epidemias.

Assim, este artigo busca evidências de estudos primários para responder à questão: Qual a produção de conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 na Amazônia?, a partir da Revisão de Literatura Sistemática Qualitativa (RLSQ) que “permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica, ou seja, ela pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular”(MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 79).

Por fim, em face da necessidade de respostas para o Sistema Único de Saúde (SUS), urge fomentar esse debate de modo a construir processos de trabalho que deem conta da realidade da Atenção Básica no cotidiano das populações na Amazônia. Este estudo é parte do Projeto intitulado: “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção

Básica em Saúde no Estado do Amazonas, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM.

Métodos

Trata-se de uma Revisão de Literatura Sistemática Qualitativa (RLSQ), realizada no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022, cujo método utilizado contempla as pesquisas de metodologias qualitativas, possibilitando interpretações e conclusões sobre o tema de interesse (LOPES; FRACOLLI, 2008). Além disso, para Whitemore & Knafl (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) é também um método que propicia um exame específico da literatura empírica ou teórica passando a fornecer uma compreensão mais abrangente sobre determinado assunto específico, pois avalia e sintetiza os estudos relevantes que respondem à questão elaborada anteriormente.

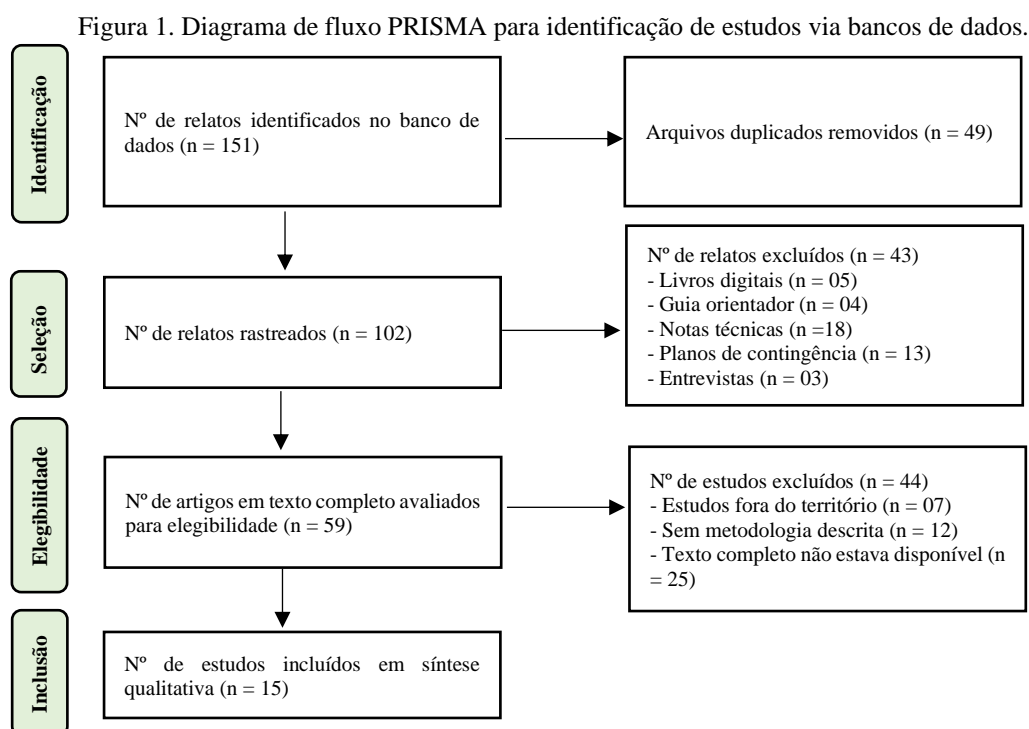
Para identificação dos estudos foi elaborado um protocolo, tomando por base as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (PAGE *et al.*, 2021), validado em conjunto pelos profissionais bibliotecários da Fiocruz Amazônia e Fiocruz RJ. Após a validação, foi iniciada a etapa de triagem por meio da busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Salud) com o uso dos descritores e termos relevantes: (serviço básico) OR (serviço básico) OR (atenção básica) OR (atenção primária à saúde) AND (pandemia) OR (surto) OR (covid-19) AND (pesquisa qualitativa).

Dando seguimento, passamos para etapa de seleção, com a aplicação dos critérios de inclusão: Artigos Originais, de pesquisas qualitativas realizadas no Brasil, publicados no período de 2019 a 2021, no idioma português. As fontes de Informação Eletrônica eleitas para este estudo foram: *Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e COLECIONA-SUS. Em seguida foram lidos os títulos e resumos e foram excluídos relatos cujo método não estava descrito e o texto completo não disponível.

Os estudos incluídos foram lidos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Em seguida foram analisados a partir das variáveis: Referencial teórico, Objetivo do estudo, Resultados ou Principais contribuições do estudo. Os dados foram agrupados por similaridade de ideias, em que se desenvolveu uma síntese de forma narrativa.

Resultados

A etapa de identificação resultou em 151 relatos, dos quais foram removidos 49 estudos duplicados com o apoio do *software* livre *Zotero*. Na etapa de seleção, foram removidos 43 documentos fora do escopo de Artigos Originais, sendo livros digitais (n = 05), guia orientador (n = 04), notas técnicas (n = 18), planos de contingência (n = 13), entrevistas (n = 03), principalmente provenientes do Coleciona-SUS. Na etapa de elegibilidade foram excluídos estudos fora do território (n = 07), sem metodologia descrita (n = 12) e aqueles cujo texto completo não estava disponível (n = 25), conforme indicados na figura 1.



Assim, foram incluídos neste estudo 15 artigos originais, majoritariamente publicados em 2021 e de pesquisas ocorridas no sul e sudeste brasileiro. Os resultados encontrados foram sistematizados no quadro 2.

A discussão dos resultados dessa revisão sistemática foi organizada em três eixos de resultados: a) Atenção Integral à Saúde (6 estudos); b) Gestão do cuidado na Atenção Básica (6 estudos) e c) Educação na Saúde (3 estudos).

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na pesquisa.

Ord	Título	Autores	Região/ Estado/ Cidade	Ano de publicação	Revista/ Periódico/ Coleção
1	A consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: vivências na atenção primária à saúde	(FERMO <i>et al.</i> , 2021)	Sul do Brasil	2021	Rev. eletrônica enferm
2	A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19	(SILVA <i>et al.</i> , 2021)	Zona da Mata de Pernambuco	2021	Trab. Educ. Saúde (Online)
3	A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19	(FERNANDES <i>et al.</i> , 2021)	João Pessoa	2021	Rev. bras. med. fam. comunidade
4	Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil	(MÉLLO <i>et al.</i> , 2021)	Pernambuco	2021	Interface (Botucatu, Online)
5	Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais	(CAMILO <i>et al.</i> , 2021)	Cubatão/SP	2021	Saúde Soc
6	Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19	(FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2021)	Brasil	2021	Trab. Educ. Saúde (Online)
7	Influência da pandemia pelo Coronavírus na realização do exame papanicolau na atenção primária	(ANDRADE <i>et al.</i> , 2021)	Taguatinga	2021	REVISIA (Online)
8	Monitoramento do programa controle do tabagismo no contexto da pandemia de covid-19: experiência da Bahia	(CAMPOS <i>et al.</i> , 2021)	Bahia	2021	Rev. baiana saúde pública
9	O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?	(NABUCO; PIRES DE OLIVEIRA; AFONSO, 2020)	Brasil	2020	Rev. bras. med. fam. Comunidade
10	Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19	(SOUSA <i>et al.</i> , 2020)	Paraná	2020	Rev. Saúde Pública Paraná (Online)
11	Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em Saúde da Família	(CORREIA <i>et al.</i> , 2021)	Alagoas	2021	Rev. bras. educ. méd

12	Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil	(FERNANDES <i>et al.</i> , 2022)	Brasil	2022	Interface (Botucatu, Online)
13	Reorganização do serviço ambulatorial de referência para condições crônicas durante a pandemia da COVID-19	(MARQUES <i>et al.</i> , 2022)	Paraná	2022	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
14	Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19	(ODORCI K <i>et al.</i> , 2021)	Santa Catarina	2021	Rev. enferm. UFSM
15	Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde	(SOUZA <i>et al.</i> , 2021)	Santa Catarina	2021	Rev Esc Enferm USP

Fonte: Pesquisa bibliográfica, Manaus, 2022.

Discussões

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, tendo como função de principal a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

No contexto da pandemia de Covid 19, a organização e garantia dos serviços de APS para população tornou-se ainda mais desafiadora, visto que atendimentos foram suspensos, a fim de diminuir a transmissão do vírus. Contudo, vários estudos foram realizados e, podem trazer soluções ou recomendações para os serviços de saúde, como podemos evidenciar nos tópicos a seguir.

Atenção Integral à Saúde

A Atenção Básica, busca por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores de risco identificados em seus territórios de abrangência. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (PLANIFICA SUS, 2019).

Desta forma, durante a Pandemia de Covid-19 a Atenção Básica teve um importante papel no atendimento da população com sintomas leves, como também

daqueles que ficaram com sequelas. Especialmente durante a campanha de vacinação contra COVID-19, o estudo de Souza *et al* (2021) apontou como ações potentes a atuação em equipe, o apoio de outras instituições, o ânimo da sociedade, os quais repercutiram sentimentos de esperança, motivação e alegria. Além da aplicabilidade de ações inovadoras como o *drive-thru* e o agendamento remoto para vacinação, a busca ativa e a imunização em domicílio, emergindo encontros na operacionalização da vacinação.

O estudo de Fermo *et al* (2021) destacou que muitos usuários procuraram a Unidade Básica de Saúde também para solicitação de medicamentos como: ivermectina, azitromicina e cloroquina, o “kit Covid”, fato que gerou grande discussão na mídia e entre pesquisadores e profissionais de saúde sobre o uso desses medicamentos como forma de prevenção e/ou de combate ao agravamento da doença.

Contudo, durante os atendimentos de enfermagem, dizem os autores, os profissionais de saúde faziam a escuta qualificada para que o usuário trouxesse suas experiências no processo de saúde doença. Neste momento, às necessidades biopsicossociais se apresentava como componente importantes na produção do cuidado, visto que muitos usuários relataram medo em perder o emprego, medo da morte, tristeza e ansiedade decorrentes do distanciamento social e a falta de rede de apoio para a efetivação da restrição e/ou isolamento domiciliar (FERMO *et al.*, 2021).

Nabuco *et al* (2020) descrevem que para garantir o cuidado da saúde mental da comunidade, naquele cenário, as unidades de saúde realizam ações, tais como: a identificação de famílias com fatores de risco para adoecimento mental; a articulação intersetorial para viabilizar respostas às demandas das famílias em maior vulnerabilidade; e apoio psicológico com uso de tecnologia para aqueles que perderam ente queridos.

Fermo *et al* (2021) descrevem que foram elencadas estratégias para o enfrentamento das situações que foram geradas pela pandemia, como: fé em Deus, meditação e yoga e atividades físicas, vídeo chamadas com familiares e amigos, tele consultas com psicólogos e/ou psiquiatras.

Quantos às dificuldades da atenção aos usuários, os estudos Fermo *et al* (2021), Andrade *et al* (2021), Nabuco *et al.* (2020), Campos *et al.* (2021), Souza *et al.* (2021) descrevem a interrupção ou redução dos atendimentos, suspensão de atividades coletivas

e presenciais, mudança nos fluxos das unidades, falta de medicamentos, equipamentos de proteção individual e profissionais, muitos deles por adoecimento ou óbito. A falta de comunicação efetiva, dificuldades com os registros e na aplicação do imunobiológico, evidenciando escassez de formação específica para atuação na campanha. Souza *et al* (2021) ainda destacaram o movimento anti-vacina e o intenso trabalho para combater *fake news* numa campanha longa.

Entretanto, o estudo de Marques *et al* (2022) aponta que os serviços mantiveram o acompanhamento longitudinal das pessoas com condições crônicas complexas, com o suporte por meio do monitoramento do plano de cuidados a distância, com o auxílio da atenção básica, conforme as orientações normativas.

A violência doméstica também se apresentou como uma das causas externas que mais se agravaram durante a pandemia, principalmente porque, muitas vezes, vítimas e agressores viviam no mesmo ambiente durante o isolamento social. Estudos como o de Odorcik *et al* (2021) evidenciaram a necessidade do conhecimento da rede de serviços para assistência e os serviços de acolhimento às mulheres vítimas de violência doméstica, o desconhecimento dessa rede resulta na ausência de notificação levando a invisibilidade dos casos. Quanto a assistência dessas mulheres, Reis *et al* (2022) mostraram a relevância da equipe mostrar apoio e empatia na promoção do cuidado através da escuta qualificada, atentos também às expressões faciais, desencadeando autocuidado e autonomia às mulheres.

Gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde

O estudo de Silva *et al* (2021) mostrou que as equipes de saúde tiveram dificuldade principalmente no início da pandemia quanto a organização dos fluxos de trabalho, falta de informação e de Equipamento de Proteção Individual. Os autores relataram também o uso das tecnologias que facilitaram a produção do cuidado no período da pandemia.

As tecnologias leves como diálogo, acolhimento, educação e promoção em saúde foram essenciais. O uso das tecnologias leve-duras estiveram presentes na elaboração dos protocolos e decretos estaduais para liberação e operacionalização das atividades

econômicas. A tecnologia dura teve maior adesão durante os grandes picos da pandemia, o uso do celular e da internet estreitou a comunicação dos profissionais e usuários para sanar dúvidas e estimular atividades, no entanto, com a retomada presencial, os grupos do *Whatsapp* (aplicativo de envio de mensagens) foram perdendo função, os profissionais apontaram a dificuldade de acesso à internet pelos usuários (SILVA *et al.*, 2021).

No entanto, somente o uso das tecnologias não foi suficiente para incentivar a adesão às medidas de proteção contra a Covid-19. A pandemia expôs a desigualdade e evidenciou a impossibilidade do cumprimento das medidas sanitárias em moradias subnormais e transportes públicos, além de contribuir para o aumento das mazelas como fome, desemprego e violência (CAMILO *et al.*, 2021). Sá *et al* (2020) reforçam afirmando que o que está em pauta não é a importância das medidas sanitárias como o isolamento social, mas a percepção de que cada pessoa é impedida de lutar por sua própria sobrevivência, devido ao contexto de desigualdades.

Dentre as maiores dificuldades para a gestão do cuidado no contexto da pandemia, Silva *et al* (2021) apontaram a recusa para o uso das estratégias de combate a Covid-19 como higiene das mãos, máscaras e isolamento social como uma dificuldade no território, outro ponto relevante foram as notícias falsas que contribuíram para a baixa adesão às orientações pelos usuários.

É urgente e necessário investir no fortalecimento da Atenção Básica com ênfase nas ferramentas de gestão do cuidado como acolhimento, educação em saúde, educação permanente e tecnologias de forma a aumentar a resolutividade em cenários de crise como a pandemia pela Covid-19 (SILVA; CARVALHO; CHAVES, 2021).

Educação na Saúde

O estudo de Fernandes *et al* (2021) aponta para necessidade de habilidades de comunicação e competências culturais na formação do médico. Assim, a preceptoria atuou na organização do processo de trabalho na UBS durante o período de pandemia, identificando pontos de reflexão sobre os processos formativo e de trabalho. Os autores destacam que o médico residente que reconhece a comunidade, tem capacidade de

reformular o processo de trabalho e ofertar atendimento de qualidade. Ademais, o papel do preceptor neste contexto, é de potencializa a liberdade de atuação do residente, como ferramenta à manutenção do cuidado e à formação individualizada.

Por outro lado, Correia *et al* (2021) analisa que durante a Pandemia do novo coronavírus, as exigências internas e externas resultaram em estresse, competitividade problemas pessoais entre os profissionais de saúde em formação. A gestão do tempo e negociação com familiares, visto que muitos profissionais permaneciam longos períodos fora de casa, seja por medo de levar o vírus, seja por aumento na carga horária de trabalho. E sugere a necessidade da Educação Permanente em Saúde para aliviar pontos de tensão no cotidiano das equipes.

Já Fernandes *et al* (2022) ratificam o trabalho coletivo como pressuposto orientador e dinamizador dentro do campo da Educação Popular em Saúde (EPS). Retomada de contatos e a (re)aproximação de alguns sujeitos, grupos e movimentos sociais populares, com o objetivo de constituir novas redes e articulações nos territórios. A troca colaborativa em rede de práticas, ideias e saberes por meio da educação.

As ações de Educação Popular em Saúde, destacam os autores (2022), precisam fomentar a constituição de relações horizontais entre os diferentes conhecimentos (científicos, tradicionais e populares), atentando para o fato de que é necessário que se compreenda cada forma de pensar, considerando o contexto de produção e de aplicação no cenário pós-pandêmico.

Essa interação de conhecimentos, que pressupõe uma íntima relação comunitária, leva ao desenvolvimento de respeito e de confiança, os quais induzem o protagonismo popular e estimulam a reflexão e o pensamento crítico. Uma contribuição evidenciada foi o uso das Tecnologia da Informação e da Comunicação e de suas ferramentas (como as mídias sociais), tendo a intenção de acolher, auxiliar e ajudar as pessoas na pandemia.

Considerações

Compreender as pesquisas realizadas no âmbito da Atenção Básica à Saúde e as metodologias utilizadas pelos autores se faz necessário para que possamos ampliar o olhar sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil. Desta forma, foram incluídos quinze textos nesta revisão, produtos de pesquisas qualitativas, principalmente realizadas nas regiões sul e sudeste do Brasil. Ademais, embora a questão inicial buscasse o conhecimento produzido sobre a Covid-19 na Amazônia, não foi possível identificar textos publicados na região, indicando a necessidade de pesquisas qualitativas com e para profissionais de saúde e populações amazônicas.

Referências

ANDRADE, C. M. DO V. DE *et al.* Influência da pandemia pelo Coronavírus na realização do exame papanicolau na atenção primária. **REVISA (Online)**, p. 743–755, 2021.

BRASIL, M. DA S. **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).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 maio. 2022.

CAMILO, C. *et al.* Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e210023, 2 jul. 2021.

CAMPOS, C. L. *et al.* **Vista do Monitoramento do programa controle do tabagismo no contexto da pandemia de covid-19: experiência da Bahia.** Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3539/2906>. Acesso em: 25 maio. 2022.

CORREIA, D. S. *et al.* Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 17 maio 2021.

FERMO, V. C. *et al.* A consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: vivências na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, 7 maio 2021.

FERNANDES, D. M. A. P. *et al.* A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2832–2832, 26 set. 2021.

FERNANDES, R. S. *et al.* Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 14 jan. 2022.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 21 abr. 2021.

FREHSE, F. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. **Revista de Antropologia**, v. 41, p. 235–243, 1998.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 771–778, 2008.

MARQUES, F. R. D. M. *et al.* Reorganização do serviço ambulatorial de referência para condições crônicas durante a pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 16 ago. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 18 set. 2020.

ODORCIK, B. *et al.* Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e74–e74, 28 out. 2021.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, p. n71, 29 mar. 2021.

PLANIFICA SUS, I. I. DE R. S. A. E. **e-Planifica. A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<https://planificasus.com.br/index.php>>. Acesso em: 28 maio. 2022.

REIS, T. G. M. D. *et al.* A conduta e abordagem dos profissionais no atendimento à mulher vítima de violência. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 75, p. 10304–10315, 25 abr. 2022.

SÁ, M. DE C.; MIRANDA, L.; MAGALHÃES, F. C. DE. Pandemia de COVID-19: Catástrofe sanitária e psicossocial. **Caderno de Administração**, v. 28, p. 27–36, 4 jun. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020166, 27 abr. 2020.

SILVA, N. C. P. DA; CARVALHO, K. B. S. DE; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**, v. 49, n. 1, p. 58–64, jan. 2021.

SILVA, W. R. DE S. *et al.* **A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/PDVNj7xLyJGYPxJvwVVFHDQ/?lang=pt>>. Acesso em: 14 maio. 2022.

SOUSA, D. J. DE *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. Supl., 21 dez. 2020.

SOUZA, J. B. DE *et al.* Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 24 set. 2021.

TEIXEIRA, E. Hall S. A Identidade cultural na pós-modernidade. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 15, p. 162–163, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, dez. 2005.

2 Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento⁴

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Alcindo Antônio Ferla
Júlio César Schweickardt

Introdução

Houve um tempo em que este texto começaria com "Segundo o autor tal (ano) a pesquisa é...". Mas o fato é que desejamos trazer reflexões sobre a pesquisa experimentada, sentida, vivida. Para isso, iniciamos com a referência à “Ecologia de Saberes” de Boaventura de Sousa Santos (2007), que nos desafia às conexões com os saberes que ocupam e são produzidos em cada território, esvaziando a lógica colonialista do conhecimento vigente. Em seguida, buscamos romper com a ideia do conhecimento como representação da realidade, para destacar um jogo genealógico de forças que produzem intensidades e, dessa forma, ativam a complexa dinâmica dos territórios. Ou seja, mais do que uma *metafala* sobre a Amazônia, parece-nos oportuno falar sobre os efeitos das amazeiradões nas pessoas que se ocupam da pesquisa ao entrar no “Amazonas moreno, tuas águas sagradas, são lindas estradas, são contos de fada, ó meu doce rio” (BRAGA; OLIVEIRA, 1992). Por fim, não se trata somente de uma dimensão metodológica, mas também de uma reflexão epistêmica.

O caráter “participativo” é a estratégia de hibridizar a racionalidade vigente, que coloniza o “local” e seus saberes, mas também simplifica a dinâmica complexa dos fazeres do cotidiano (FERLA, 2021). O participativo não fala apenas da abertura à participação, ou, ainda menos, da estética humanizada do participante da pesquisa. Fala do diálogo intenso, da mestiçagem de lógicas e formas de construir o conhecimento, com contribuições estruturais dos saberes tradicionais. Ou seja, não se trata da não ciência ou da sua negação, mas da abertura à ciência complexa. O mestiço aqui é sentido como um entrelaçamento de pontos, linhas, saberes e sabores, cores e tons que nos colocam sempre numa relação de estranhamento e de aproximação com o diferente.

⁴ Capítulo publicado. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-sociais-de-enfrentamento-a-covid-19-esperando-novos-mundos/>

Ademais, falar de uma “pesquisa de intensidades” significa conceber que os fenômenos em estudo sempre são dinâmicos e em-movimento e, portanto, quando o pesquisador projeta sobre eles a perspectiva vigente, produz uma nova linha de força que tem como efeito o aprisionamento da dinâmica em uma estabilidade visível, representacional. Não temos a pretensão de representar os fenômenos como fruto do experimento, da prova que constitui uma *véritas* (uma verdade experimentada), mas deixar ou se deixar pelo vivido, no fluxo dos movimentos que se constituem enquanto uma pesquisa em ato, como um conhecimento em processo e aberto à dialética das contradições e dos complexos.

Nessa perspectiva, a pesquisa desloca essa tradição científica para outro lugar: aquele que pretende tornar visíveis mais variáveis que intervêm na dinâmica do fenômeno em estudo. Ao dar texto à dinâmica das forças, que constitui essa visibilidade, a pesquisa de intensidade também constitui lugar para essas forças: ao mesmo tempo em que aproxima a pesquisa da aprendizagem significativa, o pesquisador é também aprendiz, ator e sujeito; também, cada ação de pesquisa, ao invés de afirmar o já sabido, aposta nas emergências, tornando a ação da pesquisa num “encontro feliz”, na perspectiva *espinosiana* (SPINOZA; CHAUI, 2015). Ou seja, a pesquisa participativa também assume contornos de pesquisa de intervenção.

Encarar o desafio de pesquisar na Amazônia é, sem dúvida, uma escolha pelo estranhamento do próprio ato de pesquisar, pois vivenciar a diversidade dos territórios e seus modos de vida, nos conduz para mundos distintos em que *humanes* e *não humanas* se relacionam. A Amazônia guarda tantas amazônias que o pensamento não consegue abstrair, pois cada lugar se constitui numa universalidade, formando um *complexus* pluriverso. Assim, o pesquisador torna-se uma parte do todo que ainda não conhece, participando de um permanente *devoir*, um constante *vir-a-ser*.

O território amazônico é território líquido, uma categoria analítica, mas também um conjunto de transformações que o reconhecem como território vivo (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022), que não se reduz à representação técnico-geográfica que se produz para identificá-lo, e como “dispositivo de experimentação”, onde a aprendizagem e a transformação do mundo derivam das conexões que se estabelecem no tempo e espaço da pesquisa (SANTOS, 2008).

A investigação científica, como propomos, é orientada por um método, cuja intencionalidade busca compreender as dimensões profundas e significativas que não aprisionadas em variáveis (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988). A produção de um conhecimento pertinente, comprometido, participativo e contra o desperdício da experiência, fundamentado nas relações em territórios em constante movimento.

Pesquisar é um ato político, sendo uma escolha ética e um compromisso com as formas de vida nos territórios. Ao pesquisar, realizamos escolhas pelos caminhos metodológicos que podem ser inclusivos, ou do tipo representativo que toma o lugar de fala do outro. Portanto, adotamos uma perspectiva *freiriana*, que entende que as relações como uma ação pedagógica e transformadora da realidade. Por fim, a opção teórico-metodológica é por uma pesquisa que se coloca COM os sujeitos e grupos sociais na perspectiva de colocar a realidade como lugar da práxis (SCHWEICKARDT *et al.*, 2021).

Este capítulo materializa a experiência na pesquisa com *abordagem participativa* na Amazônia que têm como objetivo fazer COM, com um método de mestiçagem com os povos, grupos, comunidades e pessoas. A análise crítica dos problemas de pesquisa passa também pelo ato de pesquisar e do como se faz na relação com os outros sujeitos. O pressuposto é pela emancipação das pessoas, tendo a pesquisa como um processo educativo e político de libertação das amarras coloniais.

A pesquisa participativa e a ecologia dos saberes

A investigação científica clássica apresenta a lógica do método como uma construção a partir da intencionalidade do pesquisador que objetiva o conhecimento. A ciência normal, nos termos Kuhnianos, é de caráter demonstrativo, tendo o método como o principal critério de validade do conhecimento. Isso faz com que a descrição da metodologia seja um ritual de revisão das considerações de técnicas e métodos do “modelo” validado. Entretanto, Minayo (1992) nos lembra que metodologia é o “caminho do pensamento” para descrever um percurso investigativo e, portanto, a apresentação de uma pesquisa requer uma discussão epistêmica da articulação do fenômeno estudado com as teorias prévias; uma discussão aprofundada sobre métodos e técnicas de produção e

análise de dados, que pretendem representar a realidade em estudo; e uma construção autoral, que a autora chama de “criatividade” do pesquisador, com duas dimensões: a honestidade intelectual de caracterizar as implicações do pesquisador com o fenômeno em estudo; e a abertura à inovação que, em alguma medida, se alimenta das tensões e quebras paradigmáticas, como alertou Thomas Kuhn (2000). Madel Luz (2005) lembra que o *hard core* da ciência é a criatividade, a liberdade de conexão do pesquisador com os desafios e problemas de cada tempo e sociedade, que se traduz em escolhas teóricas e metodológicas e formas de expressão da disseminação do conhecimento.

Minayo (1992) nos lembra que a metodologia não é uma questão formal e que a situação do pesquisador não é fácil e nem precisa. Mesmo as ciências da natureza, que inauguraram o padrão de ciência vigente e, com ele, a ideia própria de cientificidade, vêm revolucionando os padrões, como a teoria da relatividade, na física quântica, a reprodutibilidade da vida, na botânica, entre outros. Desta forma, a “história da ciência não revela um ‘a priori’, mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo de conhecimento” (MINAYO, 2019, p. 16).

No entanto, a pesquisa de abordagem participativa, que utiliza de diferentes metodologias, coloca seu foco na relação com os sujeitos e os territórios, portanto, o sujeito de conhecimento não está no pesquisador em si, mas disperso na relação do sujeito pesquisador com outros sujeitos que estão no território. Numa realidade de tantas *gentes* da Amazônia, uma postura epistêmica de diálogo com os diferentes saberes, com os diversos universais e suas cosmologias, nos colocam o desafio de descolonizar os processos de produção do conhecimento. As abordagens mais frequentes esvaziam a potência do território e de suas populações reduzindo os lugares ao representado, à falta, ao adverso, à anormalidade, o que cria invisibilidades e uma realidade do tamanho do “problema” de pesquisa do pesquisador. Assim, pesquisar não é construir uma representação simples da natureza e da cultura, por uma lógica de um pensamento ÚNICO, construindo uma história ÚNICA. Portanto, há necessidade de um compromisso ético de fazer um giro epistêmico para inverter a lógica de fazer pesquisa na Amazônia, quando o método e as técnicas precisam dialogar com as epistemes que reforçam as amazoneidades do território.

A dinâmica de pesquisa do tipo participativo, relacional, dialógico é de caráter indisciplinar, isto é, subverte a ordem dominante e colonizadora da ciência eurocêntrica

e centralizada numa única forma de fazer e produzir o conhecimento (MIGNOLO, 2014). Este tipo de abordagem nos permite “um repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos, destinados a superar a oposição sujeito/objeto” (BRANDÃO; STRECK, 2006, p. 12). O caráter aberto e indisciplinado da pesquisa nos coloca como sujeitos em construção e em diálogo com os saberes locais.

Há muito que sabemos que “o pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos” (ABRAÃO *et al.*, 2014, p. 23). Ao experimentar esta abordagem, a pesquisa na saúde coletiva dá um mergulho nas existências e nos modos de pensar e construir as lógicas da vida nos territórios. Portanto, não estamos simplesmente extraindo dados e construindo representações do lugar, mas nos colocamos ao lado das pessoas do lugar para não “projetar sombra”, nas palavras da liderança indígena Tikuna, sobre os que estão envolvidos na pesquisa. Disse Adir Tikuna, “queremos estar ao lado e não atrás porque atrás estaremos na sombra”. Esse é o desafio ético-político, de construir abordagens que permitam estar ao lado, mas antes temos a tarefa de descolonizar o pensamento científico.

A sociologia das ausências, segundo Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 2006, p. 101), “visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe”. O objetivo da sociologia das ausências, portanto, é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. E questiona: o que existe no Sul que escapa à dicotomia Norte/Sul? O que existe na medicina tradicional e indígena que escapa à dicotomia medicina moderna/medicina tradicional? O que existe nas comunidades ribeirinhas que dialoga com as ações de promoção e prevenção da atenção básica à saúde? As contradições e as dialogias são parte constituintes da realidade, mas nem sempre habita os métodos da ciência porque está ocupada com a medida da régua da epistemologia única que invisibilizou os outros modos de pensar.

A sociologia das ausências consiste em demonstrar a produção da não existência, ou seja, criar as condições de possibilidade dos saberes invisibilizados, pois o que não existe na verdade é produzido como não existente. Segundo Boaventura, “há produção da não existência toda vez que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível” (SANTOS, 2006, p. 102).

Na Amazônia apresentada nas matérias jornalísticas e nos panfletos turísticos, está presente o juízo sobre o lugar - um cenário que oscila entre o paraíso e o inferno, um lugar romantizado e, ao mesmo tempo, de pragas, de doenças tropicais, das queimadas e desmatamento. Mas o que dizem os povos da floresta (composto por uma grande diversidade cultural e epistêmica) sobre o seu lugar e o seu mundo? O que significa o lugar e o território para cada povo? Assim, os caboclos, ribeirinhos, indígenas, quilombolas e tantas misturas têm o “lugar de fala” sobre si, sobre o conhecimento e sobre os atos de pesquisa.

A ecologia de saberes, segundo Boaventura de Sousa Santos (2018a, 2018b) é uma das formas de operar a sociologia das ausências, no sentido de se contrapor à lógica da produção da não existência. Seu ponto de partida é fazer uma crítica sobre o processo histórico pelo qual a ciência moderna ocidental marginalizou ou descredibilizou os conhecimentos tidos como não científicos, apontado pelo autor como “epistemicídio”.

A ecologia dos saberes promove o encontro entre os saberes considerados não científicos, que emergiram das lutas sociais contra a desigualdade e a discriminação, uma vez que se centra na ideia de que todo conhecimento é interconhecimento, reconhecimento e autoconhecimento. Pressupõe que a injustiça social está fundada na injustiça cognitiva e que “não há ignorância em geral nem saber em geral”, é necessária para uma “igualdade de oportunidades”, uma sociedade mais justa e mais democrática. Para tanto, os valores cognitivos não podem ser separados de valores éticos, políticos, culturais, ambientais e sociais (SANTOS, 2006).

Desta forma, Boaventura traz à discussão o modo de agir da sociologia das emergências que propõe alternativas a partir de possibilidades concretas, ressaltando que a sociologia das ausências acontece no domínio das experiências já disponíveis, enquanto a sociologia das emergências busca expandir o domínio das experiências sociais possíveis. Desse modo, é necessário um trabalho de tradução intercultural que incide sobre saberes, práticas e agentes. Traduzir é:

identificar preocupações isomórficas entre culturas e explorar suas respectivas respostas, seu objetivo é sempre construir possibilidades contra hegemônicas de saberes e acontece através de trabalho argumentativo nos diferentes mundos, saberes e experiências quando são partilhados. A tradução

busca criar as condições para uma justiça social global a partir da imaginação democrática (SANTOS, 2007, p. 80).

Santos (2007) ressalta a necessidade de lutar pela visibilização de formas de conhecer e compreender o mundo que foram invisibilizadas pela racionalidade da ciência moderna e pela colonialidade do saber que ela ajudou a sustentar. A modernidade, surgida na colonização a partir da Europa no século XVI, é marcada pelo patriarcalismo, racismo, machismo e o capitalismo (MIGNOLO, 2014). Decolonizar significa transformar as relações de poder, do ser e do saber para a produção de novas formas de conhecimento e de produção de vidas.

A pesquisa participativa é uma forma de criar as condições para as alternativas à ciência através dos múltiplos saberes e conhecimentos, pois a “possibilidade de um futuro melhor não está, assim, num futuro distante, mas na reinvenção do presente, ampliado pela sociologia das ausências e pela sociologia das emergências e tornado coerente pelo trabalho de tradução” (SANTOS, 2006, p. 133). Desse modo, podemos construir COM as pessoas, os grupos, as comunidades práticas que transformam e promovam a efetiva construção de espaços para todos os tipos de saberes.

As experiências da pesquisa participativa na Amazônia

A abordagem participativa tem sido a base das pesquisas realizadas pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). Partimos do pressuposto de que todos tem lugar de fala, sabem e tem algo a dizer sobre suas práticas. Os encontros produzem modificações, pensamentos, conexões, inovações nos modos de agir e sentir. São encontros de forças, forças que se potencializam à maneira de existir no mundo, corpos que se afetam e modificam o outro corpo (SPINOZA; CHAÚÍ, 2015).

Nesse sentido, compreendendo a existência do outro como produtor de pensamento, a abordagem participativa tem como ferramenta as entrevistas coletivas, em forma de oficina, produzindo um deslocamento na forma de pesquisar. A proposta é todo

conhecimento seja produzido coletivamente, fazendo sentido para todos os que participam do contexto da pesquisa.

No caso deste estudo, a pesquisa participativa se iniciou com o levantamento em campo, por meio de diálogos com os gestores e as equipes das Secretarias Municipais de Saúde, permitindo a troca de saberes e práticas sobre saúde e território, “pois qualquer ser humano é, em si mesmo e por si mesmo, uma fonte original e insubstituível de saber” (BRANDÃO; STRECK, 2006, p. 13).

O que se esperava com isso? A aproximação do modo de vida nos territórios da atenção básica, a identificação de problemas para pesquisa e a escolha das Unidades Básicas de Saúde participantes. Os grupos se organizaram, refletiram e apresentaram suas reflexões para perguntas e debates assertivos.

Mas por que definir as demandas de pesquisas coletivamente? Não é mais prático ter um planejamento fechado, com prazos, metas e produtos bem estabelecidos? Como nos diz Santos (2006), para romper com modelo de racionalidade imposto pelo Sul Epistemológico (razão indolente), é necessário propor outro modelo (razão cosmopolita) para o Norte Epistemológico, cujos fundamentos se baseiam nas “sociologias das ausências” e “sociologia das emergências”, e no trabalho de tradução intercultural.

Portanto, quando definimos demandas de pesquisa coletivamente estabelecemos uma mudança de paradigma, abandonando o reducionismo que tem pautado a investigação científica em todos os campos, e dando lugar à criatividade e às emergências possíveis diante do contexto da pandemia de Covid-19.

Nas entrevistas coletivas, inicialmente, utilizamos as técnicas de acolhimento e construção coletiva, da Árvore Explicativa de Problemas (figura 2), do Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – ZOPP (figura 3) e da narrativa (figura 5), que auxiliaram os participantes na identificação de problemas e soluções encontradas pelas equipes de atenção básica e permitiu que o grupo se focasse “nos aspectos coletivos e individuais da experiência, descobrindo o comum e o incomum, e as ações coletivas que podem ser realizadas a partir dessa produção” (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988, p. 24).

Figura 5. Narrativa, Manicoré - AM.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022.

Nos encontros, o compartilhamento das ideias se constituiu no próprio ato de pesquisar, produzindo metodologias de aproximação do campo. A participação pressupõe uma autoria coletiva, portanto, todas as pessoas envolvidas na produção das informações se constituem como autores de produções. O conhecimento coletivo produzido coloca em debate as relações de poder na produção da ciência, que tem como característica a hierarquização dos saberes (SCHWEICKARDT *et al.*, 2022). Os passos da trilha metodológica são descritos no quadro a seguir:

Quadro 3. Técnicas de abordagem participativa

Técnica	Intencionalidade	Passos da Trilha Metodológica
Acolhimento e construção coletiva	Refletir sobre a construção coletiva e a importância de todos nesse processo	1 Em uma folha de papel, cada participante desenha uma parte do rosto. A cada rodada a folha de papel circula entre os participantes. Ao final, solicitar os participantes falam sobre sua percepção durante a dinâmica e nomeia sua obra de arte. É enfatizada a obra coletiva, em que cada um realiza uma parte, contribuindo com o desenvolvimento do todo.
Árvore Explicativa de Problemas	Estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no território	2 Registro na tarjeta de um problema no serviço relacionado à pandemia de Covid-19 3 Revisão dos problemas para agrupamento por temas e identificação do problema central. 4 Construção da Árvore explicativa dos problemas, situando os problemas com suas relações de causa-efeito. O caule será o problema central; as raízes causas; a copa efeito/consequências; a. Identificar e organizar as causas imediatas abaixo do problema central e as das causas mediatas, abaixo dessas e assim por diante, através de um encadeamento lógico de causa-efeito; b. Definir os efeitos/consequência do problema central; c. Examinar a árvore de problemas, verificando se as relações de causa-efeito estão corretas e se é necessário acrescentar alguma causa e/ou efeito/consequência importante.
Dança circular	Promover bem-estar, físico e emocional, bem como a integração dos participantes do grupo	5 Os participantes são convidados a ficar em círculo. Cada participante aciona um movimento no grupo, demonstrando o melhor de si em busca de uma unidade. Ao fundo uma música (preferencialmente folclórica do território), impulsiona uma coreografia criada e recriada por todos.
Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – ZOPP	Promover a definição de objetivos e ações claras e exequíveis para a realidade de cada município.	6 Elaboração do plano para a resolução dos problemas pequeno grupo. Com base no problema central e nas causas identificadas serão formulados objetivos (O), para cada objetivo serão formuladas ações (A) e metas/produtos (M). 7 Sistematização das Demandas (modelo de Matriz). O preenchimento da matriz é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do planejamento. Deve-se buscar o maior detalhamento possível visando evitar o improvisado e a assegurar a execução das ações por intermédio dos responsáveis no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis. 8 Apresentação e discussão do Plano de Ação no grande grupo.
Narrativa	Promover a construção do conhecimento em saúde a partir da percepção da realidade dos profissionais.	9 Cada participante escreve na tarjeta uma frase sobre uma experiência marcante na Pandemia. Em seguida, cada participante lê sua tarjeta e conta sua experiência. Após, a exposição o facilitador solicita que os participantes em duplas ou grupos, escolham uma experiência que fez sentido para todos e a escreva (de 2 a 5 laudas).
Corredor do cuidado	Estimular o acolhimento e aproximação entre os profissionais de saúde participantes do grupo.	10 Os participantes se colocam em duas filas (uma em frente a outra), formando um corredor. Com uma música com sons da natureza e relaxante ao fundo, cada participante passa neste corredor de olhos fechados e recebe dos demais palavras de incentivo, perfumes da natureza, massagens nas mãos e nos ombros. Ao final cada participante é acolhido com um abraço e palavras de agradecimento pela sua dedicação na pandemia.
Avaliação	Oportunizar espaço de feedback dos participantes	11 Cada participante escreve em uma tarjeta, completando a frase iniciada com “que bom que ...” (aspectos positivos), “que pena que...” (fragilidades) e “que tal que ...” (sugestões). Em seguida, expõe para o grupo suas reflexões.

Fonte: Sistematização dos autores, 2022.

Dentre as atividades realizadas no quadro, destacamos a necessidade *in ato* de reconhecer nos movimentos do grupo os direcionamentos do acontecimento na pesquisa, como foi a ação do “corredor do cuidado” (figura 4) e da “dança circular”. Ações que as pesquisadoras compreenderam ser uma demanda da coletividade, relacionada ao estresse vivenciado na pandemia e no seu percurso ainda vigente.

Esse fato nos intimou com uma certa força que pode ser compreendida pelas lentes da complexidade. Madel Luz (2009), ao referir a complexidade das leituras da saúde coletiva, alerta que as tensões disciplinares da racionalidade da ciência moderna e entre essas, as lógicas pragmáticas da organização da vida, constituem vitalidade ao conhecimento produzido por esse campo de saberes e práticas.

Desse modo, as “tensões” expressam “ruídos” e processos rizomáticos, mais do que formas lineares de aplicação de conhecimentos e técnicas sobre o cotidiano. Foi inicialmente necessário, depois oportuno para a articulação de saberes e práticas nos territórios, desenvolver métodos e técnicas de produção de dados, mas também de análises, que tivessem a capacidade ampliada de escuta.

Não se trata de combinações fixas entre métodos e técnicas, senão de um processo alquímico em que, a cada momento, se busca um platô ampliado de realizar essa escuta, dado que o seguimento da pesquisa também ensina ao pesquisador, que se torna, ele mesmo, uma produção rizomática entre sujeito/objeto, entre diferentes saberes e práticas, entre a representação do território e os devires que o constituem, ou seja, uma produção sem subordinação ou hierarquização de saberes.

Destacamos que as técnicas participativas despertam a reflexão e as dimensões criativa e sensível dos sujeitos. A análise coletiva realizada por meio da problematização do cotidiano e busca por soluções, objetiva construir um conhecimento que contribua para o aprimoramento da Política de Saúde com e para população do território líquido.

Nessa perspectiva da pesquisa, o território líquido é também “território vivo” e não se submete à representação tecno-geográfica, nem dele nem das existências que ali interagem e exercem suas criações. Portanto, nessa modelagem de pesquisa, todos os participantes da oficina são pesquisadores e pesquisadoras, pois são opções éticas,

estéticas e políticas de corpos marcados (afectados) pela experimentação (MARTINS *et al.*, 2022).

Experimentar o campo, vivenciar essa aproximação do campo nos permitiu ressignificar o planejamento da pesquisa, haja vista os desafios encontrados durante a realização dos encontros com uso de técnicas da abordagem participativa como:

- Permanecer com a atenção e o interesse dos participantes, como algo que tem sentido na vivência deles;
- Compreender a dinâmica da vida do lugar: horários de descanso, trabalho, família;
- Retomar o objetivo do encontro na orientação da ação, como o ZOOB;
- Conduzir as atividades sem interferir nas decisões do grupo: exercício da humildade cultural no exercício do diálogo;
- Promover a criatividade dos participantes na lógica da ecologia dos saberes.

Durante os encontros, a negociação com os participantes é essencial, constante e, ao mesmo tempo, se torna um desafio, visto que temos tempos difusos – eles estão em “casa” e nós não. Entretanto, os ganhos são maiores, dentre os quais destacamos tirar de nossas costas o peso da titulação (e dos tais conhecimentos científicos e acadêmicos) é confortante. Durante os encontros precisamos ter a coragem e a humildade de reconhecer que nada somos sem o coletivo daqueles que abrem suas histórias, seus espaços, enfim, suas vidas para nós. O que seríamos sem eles? Pesquisadores do nada?

Também ganhamos fôlego quando recebemos o afeto, um forte abraço, um verdadeiro “prazer em conhecê-los” ou um sincero “amanhã estarei aqui sem falta”, “obrigado por este momento”. É, sem dúvida, a certeza de que estamos no caminho coerente da pesquisa participante – aquilo que faz sentido no coletivo de gentes, sendo potente e transcendente. Transcende ao rigor científico das “epistemologias do norte” (SANTOS, 2007), por uma construção coletiva e dialógica do conhecimento.

Santos (2021) lembra que a estratégia para o mundo pós-pandêmico é: 1. “Democratizar” o conhecimento válido, pois seremos melhores quando dialogarmos com outros saberes que circulam na sociedade, num movimento recíproco de aprender-com e

ensinar-com; 2. “Desmercantilizar” com a ciência a serviço da humanidade, sem patentes, promovendo a cidadania, o reconhecimento da diversidade, o cuidado dos outros e da natureza; 3. “Descolonizar”, a começar pelos currículos universitários, ampliando ações afirmativas para maior justiça cognitiva e etnorracional; 4. “Despratriarcalizar” promovendo espaços da participação de mulheres nas gestões administrativas e científicas, geralmente comandados por homens.

Neste sentido, ousamos dizer que a pesquisa participativa é um dos caminhos que nos leva a “democratizar” o conhecimento existentes nos vários territórios de vida e de existência das populações amazônidas. Ao optarmos por ela, precisamos acreditar que é possível construir conhecimento COM e, com isso, promover a transformação social.

A pesquisa participativa tem o potencial de transformar, ou melhor, de transmutar nosso pensamento para vivenciarmos a pesquisa como travessia de fronteiras. Martins *et al.* (2022) afirmam que um bom exercício é o tensionamento de nós mesmos, ou seja, fazer o movimento de distanciamento de nós mesmos com a capacidade e olhar o outro. E que isso tenha a potência de nos modificar. Isso implica uma abertura às aprendizagens outras, que são possíveis se a pesquisa for mergulhada (eticamente, esteticamente e politicamente) no território líquido: com as gentes da Amazônia e afins.

Por fim, o fazer da pesquisa no território líquido, que intensifica as existências e conecta os seres por onde passa possibilita a pesquisa com um olhar sensível e de intensidade. Um olhar que sistematiza, organiza e desorganiza, que faz descobertas, que cria coisas, que produz conexões, textos, relatos, poesias, abraços, laços de compadrio, cartografias, teses, artigos, análises, vida, coisas outras... tão necessárias à integralidade.

Considerações Finais

Em um contexto de pandemia, enfrentamos o desafio de pesquisar os modos de fazer saúde na Amazônia. Aqui, no coração da floresta e na confluência dos rios, deparamo-nos com um território líquido, impregnado de saberes e fazeres próprios de um lugar onde coexistem etnias, línguas e culturas que se articulam e mesclam no cotidiano do fazer saúde com as diretrizes oficiais. Neste lugar, as expressões da modernidade e

das relações em rede que se estabelecem globalmente, o “novo” pode emergir da chegada de um vírus e alcançar territórios na imensidão da floresta, mobilizando estruturas e formas de realizar o cuidado em saúde.

Este território exige e, ao mesmo tempo, permite que roteiros sejam construídos e desconstruídos de forma coletiva e que a construção da saúde não seja reduzida às relações profissionais e institucionais. É nessa confluência que esta pesquisa foi proposta, reconhecendo metodologias consolidadas, mas fazendo a opção ética e política de trazer uma abordagem de pesquisa participativa, experimentada no território líquido.

Embora a pesquisa participativa permita o uso de técnicas já conhecidas, tem a sua base numa epistemologia que reconhece a potência da interlocução entre os saberes tradicionais e científicos. Um caminho indisciplinado, com resultados nem sempre precisos ou exatos, mas que nos aproximam das realidades vividas. Nesse sentido, nem tudo vira ação imediata ou política pública, mas nos ajuda a pensar nos modos de viver, de ser, de saber nas relações e nos encontros possíveis e prováveis no território.

Assumir o compromisso de fazer pesquisa no território líquido, envolveu tanto a ampliação da participação ativa dos profissionais e gestores de saúde, como ampliou nosso olhar para a pesquisa em saúde coletiva. A pesquisa nos aproximou dos territórios e modos de vida da população amazônica, principalmente quando ficou visível as formas de enfrentamento à Covid-19. O instituído através dos planos de contingências, legislações foi uma marca da gestão e do trabalho em saúde, mas as experiências do instituído atravessaram as barreiras sanitárias e os protocolos que revelaram os medos, a ansiedade e a insegurança que a pandemia produziu nos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Entendemos que identificar o que existe no fazer saúde desses locais, o que se impõe como novo e o que persiste como específico do lugar, exige envolvimento, troca, diálogo, escuta, acolhimento, ou seja, um mergulho na realidade local. Nessa direção, fizemos a opção por técnicas participativas da narrativa, corredor do cuidado, ZOPP, dentre outros. Não estamos afirmando que elas, por si só, produzem a participação, mas sim, são dispositivos, que entrelaçados à intencionalidade do pesquisador, podem conduzir os participantes ao diálogo, ao reconhecimento de problemas e soluções para o coletivo naquele território.

O fazer saúde e pesquisa no território líquido não é uma construção que se dá numa relação de exterioridade em relação à população e ao lugar. A pesquisa participativa possibilita a produção de um conhecimento coletivo, tão científicos quanto outros conhecimentos científicos gerados a partir de análises reconhecidas por outras pesquisas. Por fim, destacamos que nesta forma de pesquisar, as aproximações do campo nos permitem sentir a paz e a alegria da pesquisa na Amazônia. Tornando-nos, por um momento, “caboclo (..), com desejo infinito de plantar seu grito nas ondas do rio-mar” (BRAGA; OLIVEIRA, 1992).

Referências

- ABRAÃO, A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). Em: **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. 1ª edição ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.
- BRAGA, C.; OLIVEIRA, O. **Amazonas moreno**. Disponível em: <<https://www.google.com/amazonas+moreno/>>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.
- FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81–94, 30 dez. 2021.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5a. ed ed. Sao Paulo: Perspectiva, 2000.
- LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 39–57, jun. 2005.
- LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 304–311, jun. 2009.
- MARTINS, F. M. *et al.* Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 14 mar. 2022.

MIGNOLO, W. **Desobediencia epistémica. Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad**. 2. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S. **Técnicas que fazem uso sa palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação**. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

SANTOS, B. DE S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. p. 1, 2006.

SANTOS, B. DE S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEBRAP**, p. 71–94, nov. 2007.

SANTOS, B. DE S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 8ª edição ed. São Paulo: Cortez editora, 2018a.

SANTOS, B. DE S. **Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016**. São Paulo: Cortez, 2018b.

SANTOS, B. DE S. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1ª ed. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional**. 5. ed ed. São Paulo: EDUSP, 2008.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde**. Em: **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Saúde & Amazônia. 1ª ed. [s.l.] Rede Unida, 2021.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. DE S.; FERLA, A. A. **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SPINOZA, B. DE; CHAÚÍ, M. **Ética**. 1ª ed. São Paulo, Brasil: Edusp, Editora de la Universidade de São Paulo, 2015.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. **Health Education Quarterly**, v. 15, n. 4, p. 379–394, 1 dez. 1988.

3 Efeitos da Covid 19 sobre a força de trabalho no Brasil: ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia⁵

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Arlete Lima Simões
Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Tânia Aparecida de Araujo

Introdução

A pandemia da Covid-19, dada a sua natureza de impacto e alcance mundial, atingiu a todos de forma exponencial. Os grupos vulnerabilizados foram os que mais sentiram os impactos da pandemia nas suas vidas, deixando explícito que não há nada de democrático uma tragédia sanitária e social (SANTOS, 2021). Assim, as respostas estão sendo complexas e sistêmicas para o enfrentamento da pandemia, sendo o campo da saúde o responsável pelas respostas mais rápidas no campo do trabalho e dos insumos.

No mundo do trabalho, a Covid-19 explicitou as fragilidades e as desigualdades, em diferentes escalas, das relações trabalhistas e a relação entre emergência sanitária e necessidades da sustentabilidade da vida. Assim, muitos trabalhadores e trabalhadoras tiveram que se expor nos momentos mais críticos da pandemia, pois foram classificados como “trabalhos essenciais”, quando as empregadas domésticas foram classificadas, em alguns municípios, como essenciais, mostrando um sério conflito de classes presente na sociedade brasileira.

Segundo Lima, Buss, Paes-Sousa (2020), a pandemia magnifica as tensões da organização social dos tempos atuais que está globalizada pelas trocas econômicas, mas está enfraquecida como projeto político global, colocando todos diante de um espelho a revelar um mundo atravessado por múltiplas crises. Desse modo, como nos ensina Ailton Krenak (2020), temos uma crise humanitária que exige uma mudança radical na nossa relação com a natureza, com as pessoas e com os modos de “consumir” a vida.

⁵ Capítulo publicado, disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/a-pandemia-e-o-trabalho-em-saude-vozes-do-cotidiano/>

As atividades laborais sofrem influência direta, pois constituem fontes potenciais de exposição ao vírus da Covid-19 (FIHO *et al.*, 2020). Ademais, é oportuno destacar que, até o momento, inexistem opções farmacológicas seguramente eficazes para o tratamento de Covid-19, razão pela qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou as medidas não farmacológicas para o enfrentamento da pandemia. No entanto, diversos países e governos resistiram à essas medidas, colocando o falso dilema entre salvar a economia e a vida das pessoas.

Importante frisar que muitos trabalhadores não puderam se valer das medidas não farmacológicas, seja pela precariedade de vínculos trabalhistas, ou ainda, pela ausência de proteção social que os impulsionavam a continuar trabalhando sob pena de comprometer sua subsistência (LIMA *et al.*, 2020). Acreditamos que essa situação foi agravada com os trabalhadores informais ou com vínculos precários.

As ações voltadas para a saúde do trabalhador constituem num dos campos de atuação do SUS, cuja definição está expressa na Lei nº 8.080/90, art. 6º, §3º, como um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como, recuperação e reabilitação destes, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, estabelece como objetivos a promoção da saúde do trabalhador e a melhoria de sua qualidade de vida, buscando prevenir os riscos de acidentes e danos à saúde advindos da sua relação com o trabalho, ou que ocorram no curso deste, visando eliminar ou reduzir os riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011).

De igual modo, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, aponta para a necessidade de uma articulação conjunta visando mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde (BRASIL, 2012).

Com efeito, dentre os objetivos preconizados nessa política destaca-se a identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no

território, cabendo responsabilidades a todos os entes federativos. Nesse sentido, compete aos gestores, no âmbito de sua atuação, promover articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a presente reflexão consiste em apresentar os efeitos da Covid-19 sobre a classe trabalhadora no Brasil, especialmente, seus impactos nas ocupações de importante relevância no suporte à vida no contexto de pandemia. Partimos do pressuposto de que a proteção dos trabalhadores, nos seus diversos espaços laborais, deve ser considerada uma estratégia de enfrentamento à Covid-19.

A presente análise está baseada em informações de referências bibliográficas e documentais, que tem como objetivos analisar a mortalidade de trabalhadores por Covid-19. A análise foi tanto das ocupações que tiveram um suporte legal como outras ocupações que não foram protegidas por legislação específica, mas que se envolveram direta ou indiretamente no enfrentamento desse problema de saúde pública.

A coleta de dados bibliográficos foi realizada em artigos na base da Biblioteca Virtual em Saúde (2021), utilizando-se os descritores Mortalidade e Covid-19. As informações sobre mortalidade foram extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS/SIM, 2021), tendo como ponto de partida o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da população economicamente ativa, na faixa etária de 18 a 70 anos (n=98.682). Este recorte foi necessário, tendo em vista a subnotificação da variável “ocupação”, que no banco em análise estavam preenchidos sem o código da CBO ou sem preenchimento (em branco). Para se ter uma ideia da extensão desse problema, em 2020 os óbitos totalizaram 128.376, dos quais somente 70.636 tinham registro de CBO e, em 2021, dos 224.268 registros, somente 98.337. Portanto, a indisponibilidade desses dados e de outras variáveis para análise foi uma limitação deste estudo. Por fim, é importante destacar que a análise proposta é um retrato parcial do cenário brasileiro de mortalidade por Covid-19 de trabalhadores.

A Covid-19 e seus impactos no mercado de trabalho

A pandemia da Covid-19 teve um grande impacto na economia mundial, produzindo efeitos agudos para o mercado de trabalho. Numa pesquisa da Pnad-Covid19, publicada em julho de 2020, informa que a taxa de desocupação foi da ordem de 13,3% em agosto em relação a 10,5% no início de maio 2020. Além disso, 30,7% das pessoas ocupadas tiveram rendimentos menores do que os recebidos normalmente (FLEXOR; SILVA; RODRIGUES, 2021, p. 906).

Um dos grandes impactos da pandemia de Covid-19 foi nos setores econômico e social do país, deixou milhões de pessoas desempregadas. Conforme assinalam Flexor *et al.* (2021), a partir da pesquisa Pnad-Covid19, estima-se que o Brasil ultrapasse a marca de 20 milhões de desempregados.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em fevereiro de 2020, no estado de São Paulo. De lá para cá, o país registrou 21.612.237 casos confirmados, com taxa de letalidade 2,8% e 602.099 mil vidas perdidas até os 10 primeiros dias de outubro (BRASIL, 2021b). Neste cenário, o Brasil passou a ser o segundo país com o maior número de óbitos no mundo, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2020).

O aumento de casos e óbitos por Covid-19 causaram uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS), levando à necessidade de reorganização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que houve a mobilização de pesquisadores em todo o mundo para compreender a dinâmica do vírus e a produção de vacinas. Os estudos contribuíram com subsídios para gestores e a população para informações sobre a prevenção, o controle e a produção de cuidado da população acometida com a doença.

A pandemia teve impactos diretos em vários setores: educação, saúde, bens e serviços, tendo diversas atividades interrompidas nos períodos mais agudos da pandemia, trazendo sérias consequências para a vida social. O impacto sobre a vida dos 99.000 trabalhadores, considerando o recorte deste estudo, se deu principalmente pela perda do emprego, redução de carga horária ou ainda pela perda de suas vidas.

A tabela 1 apresenta a descrição do perfil dos trabalhadores. A maioria é do sexo masculino (71%), na faixa etária de 60 anos ou mais, seguida pela faixa etária 50 a 59 anos. Um estudo de Góes (2020) apontou que 56,1% das pessoas em trabalho remoto são mulheres, 31,8% estão na faixa etária de 30 a 39 anos e 63,9% estão empregados no setor privado, 74,6% possuem escolaridade de nível superior completo. Esses foram mais protegidos que outros que precisaram se expor ao risco da contaminação para garantir a subsistência própria e de sua família.

Tabela 1. Distribuição da mortalidade de trabalhadores no Brasil, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.

	Variável	Quantidade	Total	Proporção
SEXO	Masculino	70419	98681	0.714
	Feminino	28255	98681	0.286
RAÇA/COR	Branca	48840	96913	0.504
	Preta	8538	96913	0.088
	Amarela	603	96913	0.006
	Parda	38644	96913	0.399
	Indígena	288	96913	0.003
FAIXA ETÁRIA	18 a 29 anos	1663	98681	0.017
	30 a 39 anos	7899	98681	0.080
	40 a 49 anos	17277	98681	0.175
	50 a 59 anos	29488	98681	0.299
	60 ou mais anos	42354	98681	0.429

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, atualizado em 3 de agosto de 2021.

Araújo e outros autores (2020) já nos mostravam que a distribuição percentual das hospitalizações por SRAG por Covid-19, segundo raça/cor, ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguidas da raça/cor parda e preta, corroborando a dificuldade na análise desta variável pela falta de preenchimento adequado.

Teixeira et al (2020) apontam que a desigualdade social tem efeitos sobre as taxas de morbidade e letalidade, pois potencializa os riscos de disseminação e contaminação das populações de baixa renda que vivem em condições precárias nas periferias das grandes cidades brasileiras. Além disso, é preciso considerar que são esses trabalhadores, que necessitam do transporte público para se deslocar até o trabalho, que ficam mais

expostos. Com efeito, as ocupações registradas no quadro 1, correspondem mais que a metade dos trabalhadores que morreram durante a pandemia, no período analisado.

Os fatores socioeconômicos estão diretos ou indiretamente associados aos riscos de transmissão do vírus. Nos grandes centros urbanos a disseminação é potencializada pela intensidade das conexões e movimentos populacionais, especialmente na questão do transporte público (STIER *et al.*, 2020; HARRIS, 2020). Os serviços básicos e de saneamento são elementos essenciais para que a população empobrecida tenha condições de seguir as orientações de prevenção à Covid-19 (WHO, 2020). O mesmo podemos dizer para a população de baixa renda que vivem em único cômodo doméstico e compartilham materiais de higiene pessoal (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020).

O governo federal editou medidas que flexibilizaram os vínculos formais, permitindo uma redução na jornada, como o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (BRASIL, 2021a). Contudo, trabalhadores informais, ou seja, aqueles que atuavam por conta própria ou na condição de diaristas, ao reduzirem sua carga horária perderam também a sua renda e o vínculo empregatício precário.

As famílias em situação de vulnerabilidade social apresentam maior vulnerabilidade à Covid-19 devido às consequências produzidas pelas desigualdades sociais e econômicas do país. A vulnerabilidade se acentua entre os desempregados e aqueles que se encontram na informalidade, pois necessitam complementar a renda, ainda que sejam beneficiários de programas temporários de transferência de renda, como o Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou Auxílio Emergencial.

Quadro 4. Grupos ocupacionais afetados pela Covid-19

Código do Grupo	Grupo de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Ocupações prevalentes
0	Profissionais das forças armadas, Policiais, Bombeiros Militares, Guardas-Civis Municipais e Agentes de Trânsito	Soldado da polícia militar (n = 626)
1	Membros Superiores do poder público, dirigentes de organizações de Interesse Público e de empresas, gerentes	Comerciante Varejista (n = 4543)
2	Profissionais das ciências e das artes	Professor da educação de jovens e adultos, Advogado e Administrador (n = 3572)
3	Técnicos de Nível Médio	Representante Comercial Autônomo (n = 8136)
4	Trabalhadores de Serviços Administrativos	Assistente administrativo (n = 1544)

5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	Empregado doméstico, Vigilante, Porteiro de Edifícios, Vendedor de comércio varejista, Cozinheiro geral (n = 10896)
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	Produtor agrícola, Trabalhadores da agropecuária e caseiros (n = 8391)
7	Profissionais, Trabalhadores de Saúde e de serviços de imagens, laboratoriais e diagnóstico	Técnico de enfermagem, Enfermeiros e Médicos (n = 2012)
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	Pedreiros, Motorista de carro de passeio, de táxi, de ônibus urbano e de caminhão (n = 10299)
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	Mecânico de manutenção de automóveis, motocicletas e veículos similares (n = 875)

Fonte: Sistematização dos autores, com base nas informações do Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Conforme sinalizado no quadro 3, os dados analisados apontaram que no grupo 5, referente ao rol de “trabalhadores dos serviços”, “vendedores do comércio em lojas e mercados”; e no grupo 8 onde estão abrigados os trabalhadores da “produção de bens e serviços industriais” foram os trabalhadores que mais morreram por Covid-19 no período analisado.

Nestes grupos, houve uma prevalência das seguintes ocupações: empregado doméstico, vigilante, porteiro de edifícios, vendedores de comércio varejista, cozinheiro geral, pedreiros, motorista de carro de passeio, de táxi, de ônibus urbano e de caminhão. Essas ocupações quando agrupados na categoria de serviço não essencial, nos termos da legislação, se encontram fragilizados diante da pandemia, ficando expostos ao vírus.

Importante assinalar que essas categorias de trabalhadores continuaram diariamente ativas de forma presencial, contribuindo para que outras pessoas pudessem seguir em isolamento através de trabalhos considerados essenciais (FIHO *et al.*, 2020). Desse modo, é possível dizer que esses trabalhadores também contribuíram com o enfrentamento da Covid-19, minimizando seus impactos na sociedade.

Barreto (2017, p. 2100) afirma que as políticas voltadas à melhoria das condições econômicas e a proteção social, quando implementadas, têm impactos positivos sobre as condições de saúde de qualquer região ou país, independente do seu grau de desenvolvimento. Sendo assim, é fundamental que o estado tome para si a responsabilidade de conceder benefícios sociais à população, assim impedir que a iniciativa privada e os serviços públicos apliquem as multas e cortes em serviços no

momento da crise, como a suspensão de pagamento de energia, água, aluguel e outros serviços.

Tomando como referência o grupo de trabalhadores 5, observamos no Mapa 1 que há uma maior concentração da mortalidade nos estados da região sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro). É importante frisar que cada estado adotou medidas de enfrentamento diferentes, em São Paulo o Decreto 64.881/2020 definiu a “quarentena”, com restrição de atividades de maneira a evitar a possível contaminação. Já o Rio de Janeiro conheceu a manutenção da emergência no estado, mas permitiu o funcionamento de bares e restaurantes lotação de 30%, por meio do Decreto 47.006/2020. E Minas Gerais, inicialmente restringiu atividades coletivas para trabalhadores do poder executivo e instituiu o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do Covid-19, com medidas de distanciamento social flexíveis (“Covid-19”, 2020).

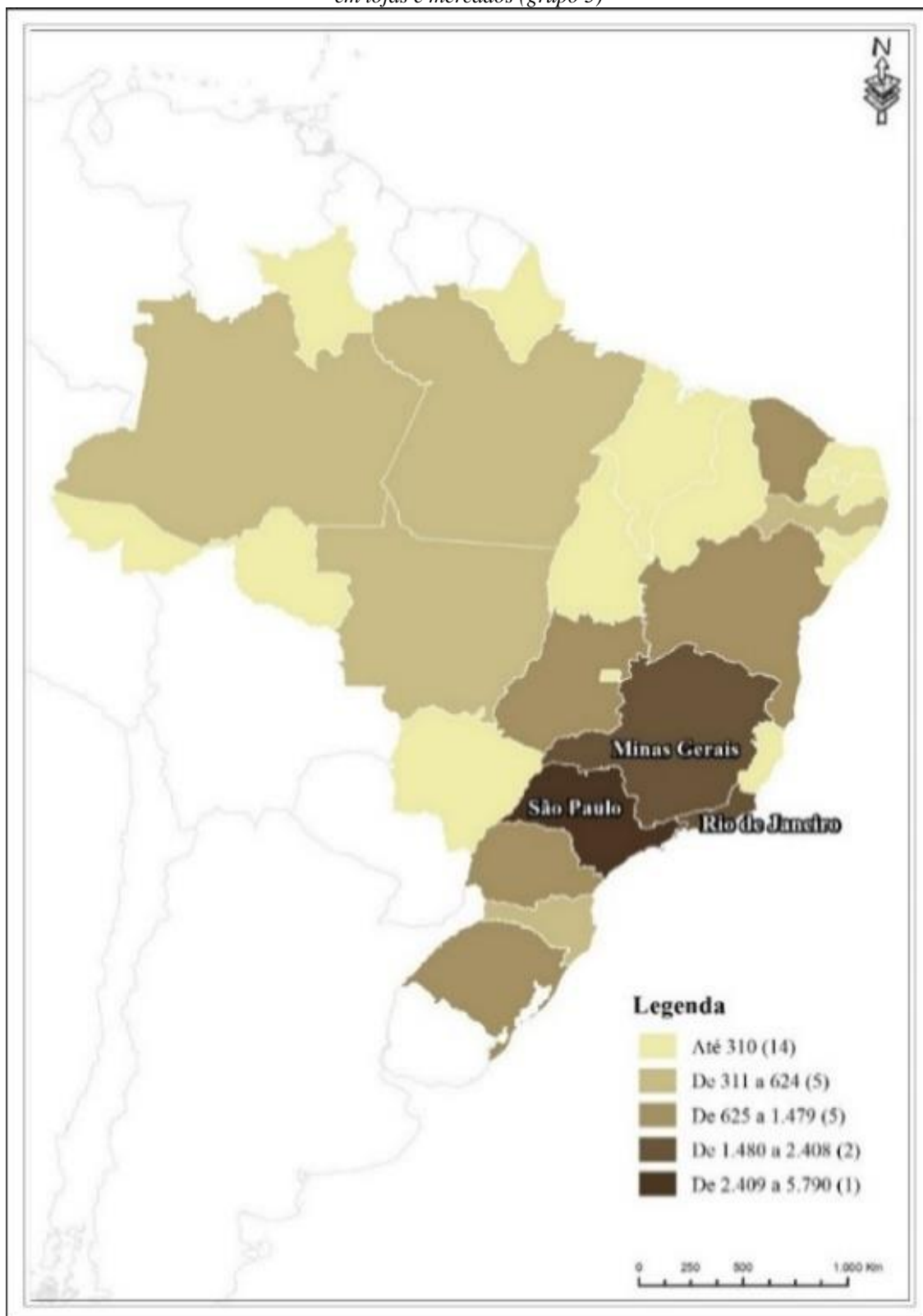
E o que estes estados fizeram em comum? Planos de prevenção e/ou contingenciamento com base no distanciamento flexível, o qual permite a abertura gradual de serviços, tomando por base dados epidemiológicos sobre o controle do avanço da Covid-19, ou seja, o plano setoriza as atividades econômicas em três “ondas” - Onda Vermelha (Serviços essenciais), Onda Amarela (Serviços não essenciais) e Onda Verde (Serviços não essenciais com alto risco de contágio) (CARVALHO; NINOMIYA; SHIOMATSU, 2020).

Além disso, o elevado crescimento de casos e óbitos levou cidades como Rio de Janeiro e São Paulo a sobrecarga do sistema de saúde, no entanto, a descrição desse impacto têm se baseado em números absolutos ou taxas de mortalidade brutas, não considerando o padrão de distribuição das faixas etárias nas diferentes regiões do país. A ausência de políticas preventivas adequadas e a baixa capacidade de resolutividade da rede assistencial expõem um contexto de grande desigualdade socioeconômica e iniquidade de acesso aos serviços de saúde (SILVA; JARDIM; LOTUFO, 2021).

Observamos na figura 7 que há uma concentração da mortalidade dos trabalhadores rurais, nos estados de Maranhão e Ceará, seguido dos estados do Pará, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, o que nos leva a pensar na dinâmica do trabalho do campo. A região de expansão do agronegócio, na região centro oeste não aparece com uma taxa de mortalidade baixa, o que pode ser explicado pela baixa densidade

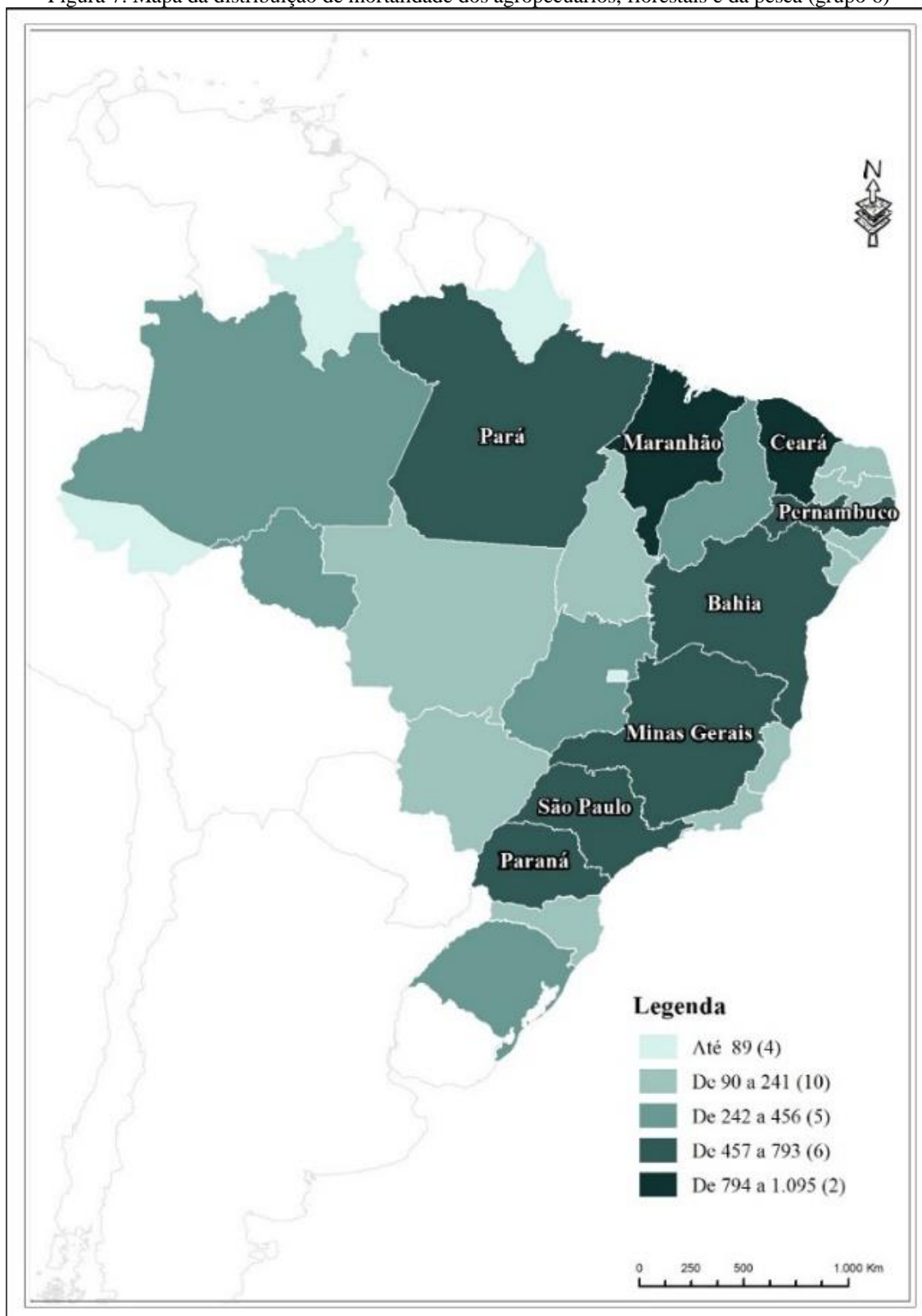
demográfica. Na região Norte, os Estado do Acre, Roraima e Amapá aparecem com a menor taxa de mortalidade.

Figura 6. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (grupo 5)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Figura 7. Mapa da distribuição de mortalidade dos agropecuários, florestais e da pesca (grupo 6)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Dito isto, passaremos a analisar o grupo 0 que corresponde aos profissionais das forças armadas, policiais, bombeiros militares, guardas-civis municipais e agentes de trânsito e grupo 7, onde estão agrupados os profissionais, trabalhadores de saúde e de serviços de imagens, laboratoriais e diagnóstico, por serem ocupações essenciais de suporte à vida, que não puderam parar suas atividades durante a pandemia.

Análise da mortalidade por Covid-19 no Brasil: ocupações essenciais e proteção no contexto da pandemia

Há muitas lacunas quanto ao perfil epidemiológico dos casos e óbitos por Covid-19, tal qual para as desigualdades sociais e os níveis de capacidade de proteção e redução dos efeitos causados pela pandemia. Reconhecer a diversidade relacionada à exposição ao vírus, acesso e possibilidade às medidas de proteção e políticas de proteção social impacta diretamente na resposta à pandemia (SANTOS *et al.*, 2020).

Em março de 2020, foi promulgado pelo Governo Federal o Decreto nº 10.282 que coloca como serviços públicos e atividades essenciais aquelas que são indispensáveis para o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, é o caso dos trabalhadores da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem como também os profissionais das forças armadas, policiais e bombeiros (BRASIL, 2020).

Em se tratando dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, Teixeira et al (2020, p. 3470) apontam para uma tragédia anunciada da pandemia de Covid-19 no país, pois “3,5 milhões de profissionais e trabalhadores de saúde que atuam em cerca de 5 mil hospitais e centenas de milhares de unidades básicas de saúde espalhadas nos 5.570 municípios”. Heliotério *et al.* (2020) afirmam que ações de atenção à saúde e segurança dessa categoria nem sempre são incorporadas às medidas de enfrentamento do problema.

Observamos, na figura 9, que as regiões com maior mortalidade dos profissionais de saúde (grupo 7) estão na região sudeste e nos Estados do Amazonas e do Pará, região Norte. Convém destacar que o sistema de saúde do Estado do Amazonas colapsou no período das duas ondas da pandemia (março/abril 2020 e janeiro/fevereiro 2021), quando aconteceram os momentos mais trágicos da pandemia, culminando com a falta de

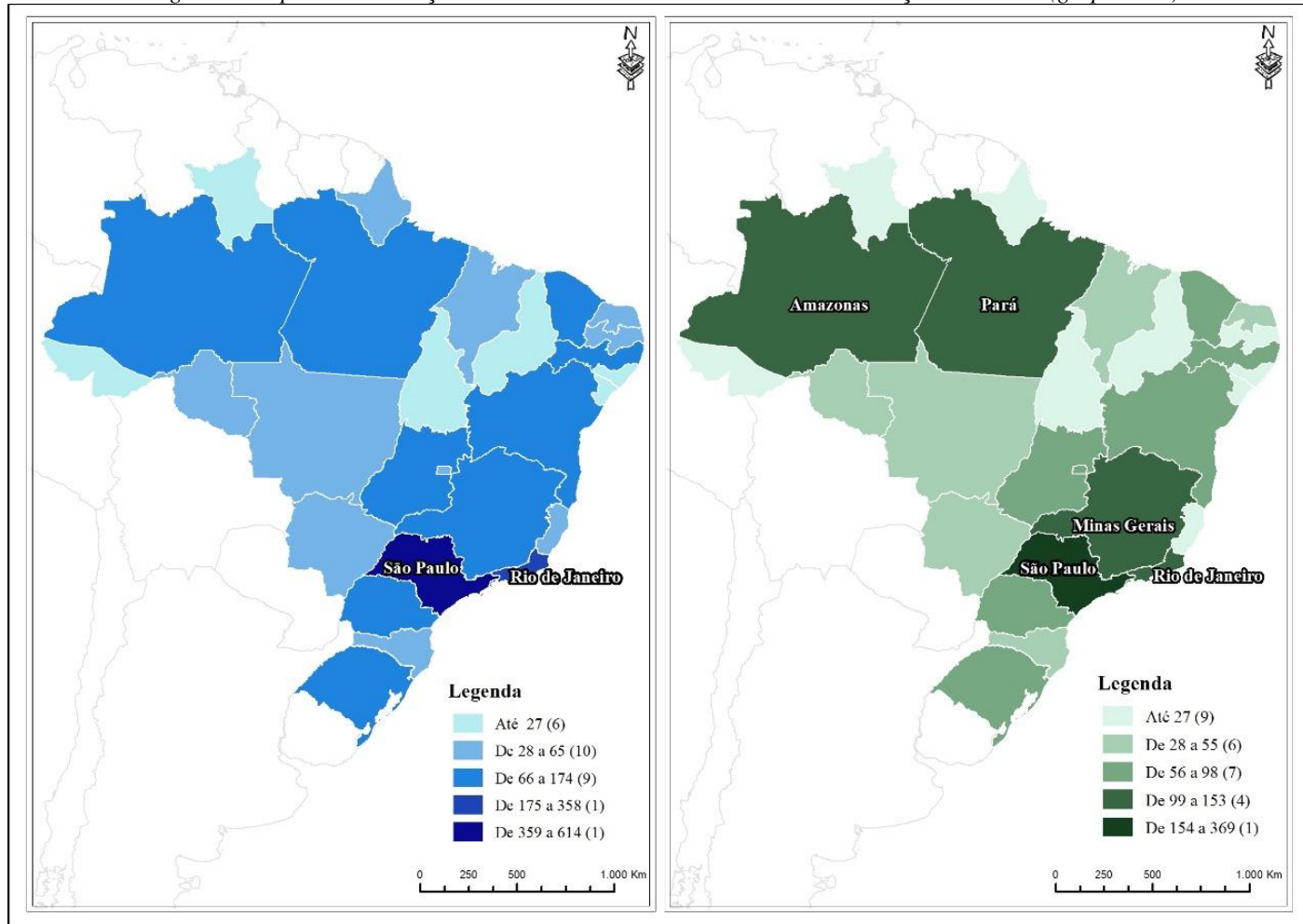
oxigênio nas unidades de saúde e na oferta do mercado privado (ORELLANA; MARRERO; HORTA, 2021).

Para Fiho *et al.* (2020) a necessidade da proteção dos profissionais dos estabelecimentos de saúde ganhou destaque, mas dentre outros grupos ocupacionais o mesmo não ocorreu. Avaliar esses efeitos se torna difícil já que no Brasil, os dados disponíveis não são desagregados ao nível da ocupação, no qual seria possível avaliar onde e em que circunstâncias os indivíduos testados positivos ou diagnosticados com a doença estavam trabalhando.

Teixeira *et al.* (2020) refletem a necessidade de estudos relacionados a morbimortalidade de profissionais e trabalhadores de saúde dos serviços de atenção primária, pois estes também se expõem ao risco de contaminação pelo Covid-19, pois a maior parte da produção científica analisada pelos autores está concentrada nos trabalhadores da área hospitalar.

Outro grupo pouco analisado, segundo Teixeira *et al.* (2020) se refere aos trabalhadores que fazem parte da saúde, mas não tem uma formação na área como os maqueiros, motoristas de ambulância, limpeza, alimentação e manutenção de equipamentos. Além desses, temos os trabalhadores envolvidos com as questões de sepultamento e cremação das vítimas de Covid-19. Assim, lembram os autores que estes trabalhadores estão envolvidos diretamente com o enfrentamento da pandemia e, portanto, estão “expostos ao risco de contaminação, devendo, portanto, serem considerados nos estudos sobre os efeitos do Covid-19 na saúde dos trabalhadores de saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 2020, p. 3469).

Figura 8. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços essenciais (grupo 0 e 7)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Considerações Finais

Importante assinalar como limitações deste artigo a dificuldade em acessar informações detalhadas sobre CBO informados e disponíveis no sistema do DATASUS, podendo dificultar análises de tipos de ocupações e regiões do país em que mais se concentraram os óbitos de trabalhadores.

As escolhas para o enfrentamento da Covid-19 nem sempre estiveram relacionadas ao uso dos recursos disponíveis de infraestrutura, pois países com maior disponibilidade de recursos e tecnologias erraram na condução das estratégias, a exemplo da Itália, Reino Unido, França e Espanha. Dizendo de outro modo, "a resposta rápida, consistente e sustentável de lideranças políticas também foi fundamental nos países que apresentaram os melhores resultados no combate à Covid-19 (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020, p. 3).

A capacidade da gestão política constitui num ativo importante a ser mobilizado em face de um problema de saúde pública na dimensão dessa pandemia. Nesse sentido, as informações científicas, aliadas à integração de ações e transparência dessas atividades quando incorporadas às dimensões do trabalho, fator estruturante da nossa sociedade, ganham relevância se consideradas no planejamento e na tomada de decisões por parte das autoridades responsáveis (FIHO *et al.*, 2020).

Na análise mostramos que os trabalhadores informais e diaristas que mais morreram pelo Covid-19, pois tiveram que se expor ao risco de contrair o vírus, tendo que escolher entre sobreviver ou se contaminar, pois poderia morrer de um ou de outro jeito. É nesse momento que entra a ação do Estado com o auxílio emergencial às famílias para que tenha condições de seguir as orientações não farmacológicas de enfrentamento da pandemia.

Era de se esperar que o grupo das atividades essenciais também fosse afetado pela Covid-19, pois não puderam se abster do trabalho. Apesar de tudo isso, uma parte importante das mortes poderiam ser evitadas se as medidas preventivas fossem conduzidas em todos os níveis da gestão de modo precoce. Não podemos ignorar o papel das *fake news* e a negação de medidas cientificamente comprovadas e aceitas na condução da pandemia, trazendo consequências para os trabalhadores e prestadores de serviços.

A partir da análise do cenário da mortalidade dos trabalhadores, recomendamos que: a) o aprofundamento de pesquisas científicas para a análise e a compreensão dos problemas do trabalho na pandemia; b) as ações de vigilância da saúde do trabalhador precisam estar dialogando com os outros níveis dos serviços de saúde; c) desenvolvimento de estratégias específicas de informação e de educação para diferentes segmentos de trabalhadores; d) defender a ação do Estado no apoio aos trabalhadores, especialmente daqueles que possuem vínculos precários; e) as estratégias de enfrentamento precisam ter a participação da sociedade e das instituições civis como sindicatos, igrejas, ONG, movimentos sociais, órgãos internacionais.

Por fim, a pandemia necessita ser tomada como um aprendizado para o enfrentamento dessa de outras epidemias, endemias e pandemias. Schwarcz e Starling (2020) ao analisarem a gripe espanhola que ocorreu há um pouco mais de 100 anos, dizem que repetimos os mesmos erros do passado, sinal de que pouco aprendemos com a história das doenças. Por isso, temos a tarefa de construir informação para que o aprendizado possa ser uma estratégia de gestão e de produção de conhecimentos para diminuir os efeitos nefastos de um vírus que teve como grande aliado as informações falsas e as medidas não eficazes no enfrentamento da Covid-19.

Referências

ARAÚJO, E. M. DE *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 191–205, 2020.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017.

BRASIL. **L8080**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/escola/e-biblioteca/politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-pnsst.pdf/view>>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL. **mpv1045**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1045.htm>. Acesso em: 3 nov. 2021a.

BRASIL, M. DA S. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2021b.

BVS. **Portal Regional da BVS.** , 2021. Disponível em: <<https://bvsalud.org/>>. Acesso em: 3 nov. 2021

CARVALHO, R. T. DE; NINOMIYA, V. Y.; SHIOMATSU, G. Y. **Entenda a importância do distanciamento social**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/108-distanciamento-social>>. Acesso em: 6 nov. 2021.

Covid-19: veja como cada estado determina o distanciamento social. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/covid-19-veja-como-cada-estado-determina-o-distanciamento-social>>. Acesso em: 6 nov. 2021.

DATASUS/SIM. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Disponível em: <<http://sim.saude.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 3 nov. 2021.

FIHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 17 abr. 2020.

FLEXOR, G.; SILVA, R. D. DA; RODRIGUES, A. O. A Covid-19 e o agravamento das desigualdades na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos Metr pole**, v. 23, n. 52, p. 905–926, dez. 2021.

GÓES, G. S. O trabalho remoto e a pandemia: a manuten o do status quo de desigualdade de renda no país. p. 13, 2020.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: Por que a prote o de trabalhadores e trabalhadoras da saúde   prioritária no combate   pandemia? **Trabalho, Educa o e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00289121, 2020.

LIMA, E. DE P. *et al.* Baixas na linha de frente: absente simo entre bombeiros durante o combate   pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e27, 2020.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00177020, 2020.

NACIONAL, I. **REPUBLICA O - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 15 out. 2021.

ORELLANA, J. D. Y.; MARRERO, L.; HORTA, B. L. Excesso de mortes por causas respiratórias em oito metrópoles brasileiras durante os seis primeiros meses da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00328720, 2021.

RIBEIRO-SILVA, R. DE C. *et al.* Implica es da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, set. 2020.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00178320, 2020.

SILVA, G. A. E; JARDIM, B. C.; LOTUFO, P. A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00039221, 2021.

TEIXEIRA, C. F. DE S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

4 Enfrentamento à pandemia de covid-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas⁶

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Fabiana Mânica Martins
Ana Elizabeth Sousa Reis

Introdução

As epidemias e pandemias constituem um desafio à saúde pública, uma vez que seu enfrentamento envolve o planejamento e a execução de ações por diversos setores e políticas sociais, mas também a participação da comunidade.

O cotidiano da vida das pessoas se modificou ao longo da pandemia com as medidas de isolamento social, distanciamento físico e uso obrigatório de máscara. Muitas pessoas aproveitaram a possibilidade de isolamento ou do *home office*⁷ para se reconectar as atividades domésticas, o cuidado com as plantas e almoços em família. Contudo, outros muitos brasileiros precisaram conviver com o aumento da violência doméstica, a incerteza da próxima refeição, do pagamento do aluguel, do retorno ao trabalho e outros tipos de negação de direitos básicos.

Sem dúvida a pandemia atingiu o Brasil de forma desigual. Bosco (2022) analisa que devido as desigualdades extremas, acirradas pela corrupção e pouco financiamento no sistema de saúde a América Latina foi a região mais afetada do planeta. Obrigados a reconhecer que a “incerteza acompanha a grande aventura da humanidade” (SANTOS, 2020, p. 12), o avanço da Covid-19 impôs à população medidas de controle das saídas/chegadas nas cidades, toques de recolher, enterros coletivos e a dificuldades no acesso aos serviços de saúde, muitas vezes colapsado.

⁶ Capítulo publicado. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-sociais-de-enfrentamento-a-covid-19-esperancando-novos-mundos/>

⁷ Termo da língua inglesa, utilizado para indicar atividades de trabalho no ambiente doméstico. Algumas de suas variações são o trabalho remoto, trabalho à distância ou teletrabalho.

Durante a pandemia, as condições de distanciamento entre as classes sociais foram agravadas pela restrição de ferramentas democráticas, enquanto os parlamentares que deveriam assegurar a proteção de direitos sociais e trabalhistas, aprovaram as medidas mais duras contra a classe trabalhadora em tempo recorde. As medidas autoritárias das forças de segurança da polícia de rua também aumentaram e vitimaram centenas de trabalhadores, argumentam Granemann & Miranda (2020).

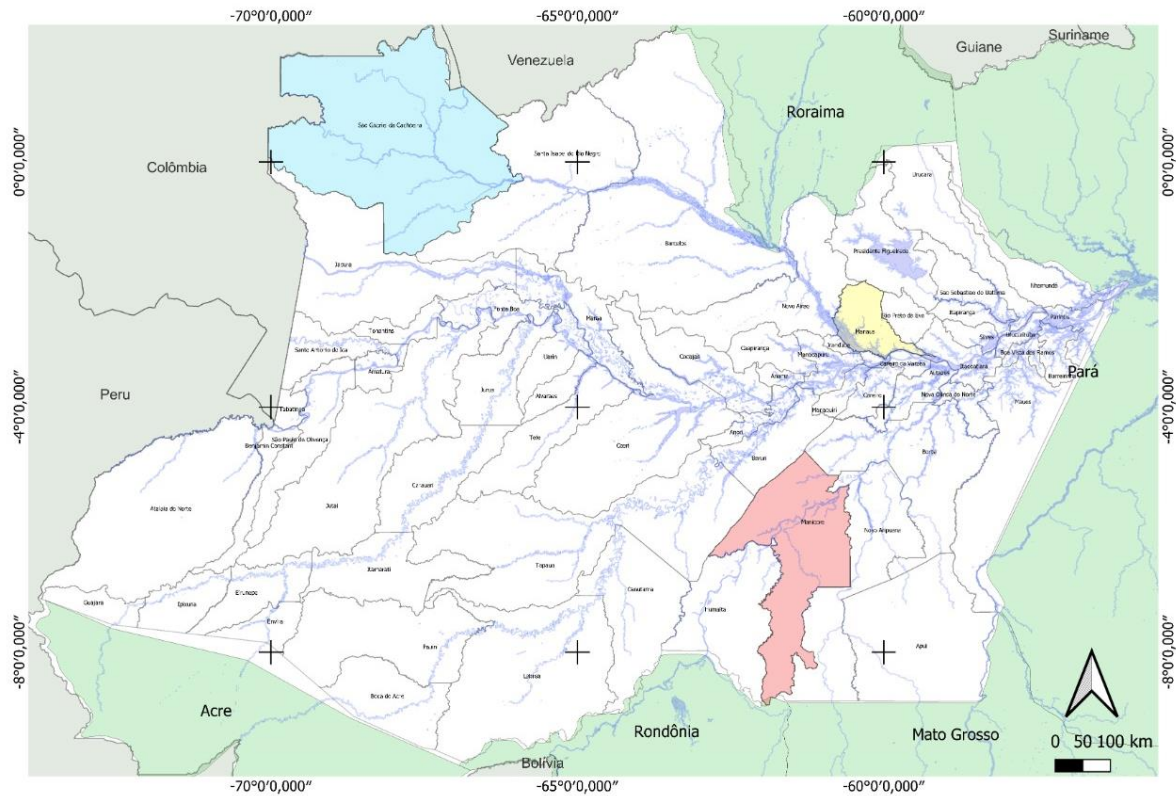
Nesse cenário, emergiu a necessidade de reorganização dos processos de trabalhos em saúde, especialmente na Atenção Básica que se configura como o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2020).

Os serviços da Atenção Básica têm como objetivo a redução das iniquidades e melhoria nas condições de saúde e qualidade vida da população dos seus territórios, lembrando que esses territórios são compostos não só de equipamentos sociais, mas também são fábrica de relações humanas e, portanto, são embrenhadas de subjetividades. Assim, neste capítulo nos propomos a discorrer sobre as medidas da saúde de enfrentamento à pandemia de Covid-19, desenvolvidas nos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, a partir do olhar dos profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica.

Os territórios na atenção básica

O Amazonas está situado na região Norte do Brasil possui a população de 4.269.995 habitantes e a sua densidade populacional é de 2,23 habitantes/Km². A sua capital, Manaus, tem aproximadamente metade da população de todo estado, cerca de 2.255.903 pessoas (IBGE, 2021). O Amazonas possui sessenta e dois municípios, dentre os quais destacamos os participantes dessa pesquisa no mapa a seguir: Manaus (em amarelo), Manicoré (em rosa) e São Gabriel da Cachoeira (em azul).

Figura 9. Municípios da pesquisa participativa.



Elaborado por Lupuna Souza, 2022.

Manaus, localizada na margem esquerda do rio Negro, possuía em 2010, 129 mil pessoas em situação de extrema pobreza, com indicador de 7,0%, o que revela fortes traços de desigualdade de renda na população, uma vez que o ideal é o indicador não ultrapasse 3% da população total, segundo o Atlas ODS Amazonas (2019).

Manicoré localiza-se na margem direita do rio Madeira, entre as capitais Manaus e Porto Velho. A população estimada é de 57.405 pessoas (IBGE, 2021). De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), em 2010, 26,72% da população do município eram

extremamente pobres, 47,59% eram pobres e 68,47% eram vulneráveis à pobreza. No período, o Índice de Gini⁸ era de 0,60, indicando uma forte desigualdade de renda (FERLA *et al.*, 2022).

São Gabriel da Cachoeira está localizado no extremo noroeste do estado do Amazonas, na região do Alto Rio Negro e faz fronteira com os países Colômbia e Venezuela. É o município com a maior diversidade de povos indígenas do Brasil, sendo que a cada dez habitantes nove são indígenas. São 23 povos indígenas divididos em três troncos linguísticos das famílias: Tukano Oriental, Aruak e Maku (REIS *et al.*, 2022). A população estimada está entre 47.031 pessoas (IBGE, 2021). De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), no período entre 2000 e 2010 houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, de 59,48% para 50,65% no município e crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município, evoluindo de 20,29% para 27,52% (REIS *et al.*, 2022).

Nos três municípios foram escolhidas Unidades Básicas de Saúde, em cujo lugar foram realizadas as entrevistas coletivas, entre os meses de maio a julho de 2022. Os encontros contaram com a participação de 47 profissionais de saúde e 18 gestores da atenção básica, a maior parte dos participantes foi contratada para trabalhar na atenção básica quando se iniciou a pandemia.

Os encontros eram norteados por um roteiro com técnicas participativas, cujas intencionalidades eram: a) refletir sobre a construção coletiva e a importância de todos nesse processo; b) estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no território; c) promover a definição de objetivos e ações claras e exequíveis para a realidade de cada município; e, d) promover a construção do conhecimento em saúde a partir da percepção da realidade dos profissionais.

Tomando como base o relatório técnico “A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil, análise dos decretos estaduais no primeiro mês”, publicado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (2020) foram definidos quatro

⁸ O índice de Gini é uma das medidas de desigualdade de renda constantes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Seu valor pode variar entre 0 e 1 e, quanto maior, maior a desigualdade de renda existente (PNUD, 2022).

códigos ou categorias de análise: coordenação; atenção primária; vigilância em saúde; informação e comunicação, cujas definições são descritas no quadro a seguir:

Quadro 5. Código de análise de medidas de prevenção e controle da Covid-19.

Código de análise	Definição
Coordenação	Medidas envolvendo atores do setor saúde que atuem na gestão da emergência em saúde pública, tendo como base o monitoramento e o planejamento de ações intersetoriais necessárias para uma resposta efetiva e oportuna (CEPEDES, 2020).
Atenção Primária	Medidas relacionadas aos fluxos de atendimento da Atenção Primária à Saúde para garantia de manutenção da assistência de saúde nas Unidades Básicas de Saúde de maneira a assegurar o acompanhamento, monitoramento e vigilância da população coberta pela rede de atenção (CEPEDES, 2020).
Vigilância em Saúde	Medidas e ações de monitoramento e vigilância, prevenção e controle da Covid-19 relacionadas ao manejo da resposta (CEPEDES, 2020).
Informação e Comunicação	Medidas e estratégias de produção e divulgação regular de informações sobre a evolução e quadro atual da emergência em saúde pública, bem como desenvolvimento de estratégias de comunicação para população e com os demais setores da sociedade (CEPEDES, 2020).
Participação da Comunidade	envolvimento de membros da comunidade nos afazeres desta comunidade. É também participação popular que compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou de serviços básicos de saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, dentre outros (ALVES, 2018a).
Saúde do Trabalhador	promoção e manutenção no mais alto grau do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus labores, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados a suas aptidões fisiológicas e psicológicas (ALVES, 2018b).

Fonte: ALVES, 2018a, 2018b; CEPEDES, 2020.

Além dos códigos definidos previamente, durante os encontros emergiram na fala dos participantes, os códigos “Saúde do Trabalhador” e “Participação da Comunidade” que foram conceituados com base nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS).

Com base nos códigos e na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) foram examinadas as medidas de enfrentamento tanto nos decretos e portarias disponíveis no banco de dados do Diário Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado do Amazonas e do Diário Oficial de Manaus, tendo como palavra-chave de busca “Covid-19”, quanto no Plano Estadual de Saúde Amazonas (2020-2023) (PES), Plano de Contingência à Covid-19 de Manaus (2020), Plano Municipal de Saúde de Manicoré (2020-2021) e Plano Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira (2020). Também foram analisadas as transcrições das entrevistas coletivas com o auxílio do software MAXQDA, versão 2022.3.

Durante os encontros, buscamos analisar narrativas comuns que demonstrassem as experiências vivenciadas por seus participantes, a fim de possibilitar uma reflexão sobre as

fragilidades e potencialidades daqueles territórios e, portanto, de suas gentes. Por isso identificamos os trechos analisados com o nome do município e a posição que ocuparam ao longo na transcrição.

Enfrentamento da Covid-19 no Amazonas: a coordenação do setor saúde em foco

No Brasil, até outubro de 2022, a Covid-19 vitimou mais de 680 mil pessoas e o total de casos ultrapassa 34,9 milhões. Aproximadamente de dois anos e meio do primeiro caso registrado no Amazonas, os dados do Painel Covid Amazonas⁹ indicam que dos 622.185 casos confirmados no Amazonas, mais da metade são de Manaus (312.771), São Gabriel da Cachoeira registra 11.374 e Manicoré 8.164 casos acumulados confirmados de Covid-19. A taxa de mortalidade do Amazonas atualmente é de 352,4 casos/100 mil habitantes, sendo a de Manaus a mais alta com 460,2 casos/100 mil, São Gabriel da Cachoeira 252,1/100 mil e Manicoré 198,5 casos/100 mil (AMAZONAS, 2022).

A confirmação do primeiro caso no Amazonas mobilizou o setor saúde a direcionar a adoção de medidas para evitar a circulação do vírus, com a promulgação do decreto n° 42.061, de 16 de março de 2020, sendo instituído o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate a Covid-19 (AMAZONAS, 2020). Naquele momento, o Plano de Contingência Estadual foi atualizado, seguindo as normativas do Ministério da Saúde.

O Decreto n°42.100 de 23 de março de 2020 declarou estado de calamidade pública pelo novo Covid-19, sendo complementado pelo Decreto n° 42.101 que, na mesma data, determinou o fechamento de setores do comércio por 15 (quinze) dias, para atividades não essenciais e setores de serviços, como medida para evitar a circulação do vírus Covid-19 (AMAZONAS, 2020).

A disseminação da Covid-19 em Manaus exigiu a adoção de medidas rápidas pelo poder público. Os Decretos Municipais n° 4.776,13 de março de 2020 e n° 4.806, de 14 de abril de 2020 dispuseram uma série de medidas de prevenção ao contágio tanto no âmbito dos órgãos e

⁹ Atualizado em 20 de novembro de 2022, às 9h. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. Acesso em: 20/11/22.

das entidades de administração pública quanto no contato para população; deslocamentos em vias públicas; uso de qualquer meio de transporte compartilhado e compras de gêneros de primeira necessidade ou medicamentos, recomendado como meio de prevenção ao novo Coronavírus (MANAUS, 2020a).

Tanto as prefeituras de Manaus quanto de Manicoré instituíram o Gabinete de Crise e o Comitê Municipal de Enfrentamento à Covid-19, respectivamente, com objetivo de reforçar as ações intersetoriais, a prevenção e a assistência das pessoas, além de apoiar a tomada de decisões da administração municipal na adoção de outras medidas sanitárias. Diferentemente, em São Gabriel de Cachoeira, a criação do Comitê de Crise foi impulsionada pelo controle social, conforme indica a fala de um participante:

Reunimos os médicos que estavam no município e montamos um plano, então fomos até o secretário da época e ele disse: 'não se preocupem, essa gripe não vai chegar aqui, como não chegou a influenza, se chegar temos os [médicos] sem fronteiras' (...) depois procuramos outros parceiros, foi com a ajuda do IFAM, FOIRN e outras instituições e pessoas que pressionamos o secretário. A gente decidia no Comitê e só levava para ele assinar os documentos (Grupo São Gabriel da Cachoeira, posição: 18).

Desta forma, o Comitê foi criado pelo Decreto nº 3, de 18 de março de 2020, presidido pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Reis *et al.* (2022) argumentam que a representatividade nos povos indígenas no Comitê foi essencial para direcionamento de medidas destinadas às áreas indígenas, dado a diversidades desses povos no território. Por outro lado, Portugal (2021) analisa que se fizeram presentes nesse Comitê somente órgãos estaduais da justiça e segurança pública, o que mostrou o distanciamento da saúde estadual no combate à pandemia no interior, em especial quanto à questão indígena.

Os participantes, daquele município, também indicaram a preocupação em relação a dificuldade de recebimento de insumos, a falta de estrutura de saúde no município que se agravou ao longo da pandemia:

porém me preocupa em relação a recursos que a gente, nenhum município está preparado financeiramente, precisando de remoção, uma vez que a nossa logística é bem difícil (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 3)

passou o primeiro pico aí relaxou tudo, relaxou a vigilância, tudo foi desmontado (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 78)

não tinha oxigênio, então nós como profissionais não tínhamos o que fazer, era ficar de braços cruzados e saber que os colegas também precisavam UTIs, era difícil, a fila do SISTER era grande (Grupo Manicoré; Posição: 171)

É importante lembrar que a regionalização da saúde no Amazonas foi estabelecida pela Resolução nº 59, de 20 de junho de 2011 da Comissão Intergestora Bipartite/AM, considerando as realidades locais da região amazônica, contudo a regionalização por si só não dá conta da operacionalização da política pública de saúde no Amazonas, cabendo à descentralização dos serviços aos municípios essa responsabilidade, conforme indica as legislações do Sistema Único de Saúde

Por outro lado, ainda que a formalização das regiões de saúde tenha ocorrido e com ela, a descentralização dos serviços, na prática os municípios pesquisados concentraram seus esforços na prestação de serviços de atenção básica, enquanto o principal executor dos serviços de média e alta complexidade em saúde ainda é Manaus, o que traz inúmeras implicações para a construção da rede de atenção à saúde.

Além disso, no contexto apresentado por São Gabriel da Cachoeira, a decisão de desmontar um centro especializado para atendimento da Covid-19, com localização privilegiada no centro do município, foi uma ação equivocada da gestão municipal, uma vez que reduziu o atendimento da atenção básica e em situação de agravamento das condições de saúde devido à doença já que eles não tinham leitos hospitalares disponíveis.

O Instituto Socioambiental (2021) noticiou que o colapso do sistema de saúde com o aumento dos casos de Covid-19 e a falta de oxigênio nos hospitais impactou o município de São Gabriel da Cachoeira (AM) e, por isso, parceiros como eles, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), os Expedicionários da Saúde (EDS) e os Médicos Sem Fronteiras (MSF) se mobilizaram para evitar o desabastecimento de oxigênio no município. Sabemos que estas organizações são importantes parceiras no cuidado em saúde da população de São Gabriel da Cachoeira, entretanto não podem ser os principais responsáveis pela gestão e organização da saúde local.

Ademais, segundo Portugal (2021), não houve transferência de recursos do Tesouro Estadual até julho de 2020 para apoiar São Gabriel da Cachoeira a firmar convênios com essas organizações que já atuavam na região, prestando serviços de natureza pública, seja na área de saúde ou em qualquer outra e, mesmo a compensação do governo federal (LC no 173/2020) só foi aprovada em final de maio, o que demonstrou um lapso e uma desarticulação na ação governamental naquele município.

Em Manaus, para mitigar os efeitos da falta de leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), foi instalado em abril de 2020, o Hospital de Campanha Municipal Gilberto Novaes (HCMGN) parceria público/privada entre o município de Manaus, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) responsável pela administração, logística e gerenciamento operacional dos serviços; e o Grupo Samel responsável pela gestão clínica e protocolos médicos, agregando serviços do Instituto Transire como a “Cápsula Vanessa”¹⁰. O Hospital atendeu 519 pacientes na Enfermaria, 57 nas unidades de terapia semi-intensiva e 179 nas unidades de terapia intensiva, totalizando em pouco mais de dois meses 757 atendimentos (MANAUS, 2020b; SAMEL, 2020). Entretanto, no momento da segunda “onda”, assim como aconteceu em São Gabriel da Cachoeira, o Hospital já estava desativado.

Somam-se aos problemas identificados pelos participantes, os gerados pela falta de gestão e coordenação nacional, considerada estratégica para o enfrentamento da pandemia, o que contribuiu para o agravamento da crise sanitária, social e econômica nos municípios.

Atenção básica, vigilância em saúde e saúde do trabalhador: tríade necessária para produzir saúde em tempos de pandemia

As ações da Vigilância Epidemiológica, especialmente no monitoramento dos casos, óbitos e controle das áreas de transmissão, são de suma importância em uma pandemia, visto

¹⁰ A cápsula Vanessa visa prover uma solução de baixo custo que atue como barreira de proteção auxiliar aos EPI de uso mandatório pelo profissional de saúde em contato com pacientes da Covid-19 submetidos à ventilação não invasiva.

que as informações analisadas subsidiam o planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações de saúde (BRASIL, 2009).

A Vigilância Epidemiológica dos municípios, adotava procedimentos que integravam profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária), como barreiras sanitárias nos portos, aeroportos e postos de fiscalização em estradas. Em Manicoré e São Gabriel da Cachoeira também vigorou o *lockdown*, nos meses maio e junho de 2020, por meio de decretos municipais, situação descritas pelos participantes.

a gente estava orientado a parar todo mundo que viesse para São Gabriel (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 152)

fomos para a rua fazer aquela orientação nos portos e nos aeroportos (Grupo Manaus; Posição: 26)

no turno da noite a gente fazia orientação do uso de máscara, para ficar em casa, fazer até a meia-noite numa dessas rondas (Grupo Manicoré; Posição: 169)

A Secretarias Municipais de Saúde utilizaram estratégias similares na constituição de equipe multidisciplinares e intersetoriais para realizar orientações sobre uso de máscara e álcool em gel, identificar sintomáticos respiratórios, além de sensibilizar passageiros e tripulação sobre os protocolos de saúde preventivos nas embarcações. Tais ações contaram com a parceria da Agência Fluvial (capitânia), Guarda Civil Municipal, Polícia Militar e Defesa Civil municipal, dentre outras ações intersetoriais de controle da Covid-19 e foram realizadas em áreas de aglomeração de pessoas como portos, aeroportos, praças, instituições públicas, empresas do Distrito Industrial, dentre outros.

A Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus criaram o “Painel de Monitoramento da Covid-19¹¹” e a “Situação do Novo Coronavírus¹²”, em ambiente virtual, onde estão disponíveis dados epidemiológicos, planos de ação, decretos e notas técnicas dentre outros documentos, uma importante ferramenta de gestão

¹¹ Disponível em https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2

¹² Disponível em <https://semsa.manaus.am.gov.br/sala-de-situacao/novo-coronavirus/>

que possibilita a concentração de dados para tomada de decisões da vigilância em saúde e, especificamente da vigilância epidemiológica.

Outra importante ação, operacionalizada pelas equipes de vigilância e atenção básica, é a imunização. Em todo o estado, foram aplicadas 8.425.124 até 21 de novembro de 2022. A cobertura vacinal de 1ª e 2ª dose da população > 18 anos nos municípios são, respectivamente, 73,6% e 69,2% em Manicoré; 85,1% e 73,6% em São Gabriel da Cachoeira; e 85,3% e 88,0%, de acordo com dados do Vacinômetro Covid Amazonas¹³. Segundo os participantes as dificuldades encontradas nessa ação são relacionadas a “recusa dos usuários” (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 48) e ao “difícil deslocamento às áreas ribeirinhas, principalmente neste momento que o rio está seco” (Grupo Manicoré, Posição: 53).

Integrar ações de vigilância da vigilância em saúde com a atenção básica sempre foi um dos grandes desafios do SUS, especialmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2018). Contudo, verificamos nas narrativas que ocorreram estratégias relevantes para organizações de fluxos de trabalho entre essas equipes, o que possibilitou a tão desejada integração da vigilância em saúde e atenção básica, com foco no cuidado de indivíduos e famílias, adaptadas à realidade de cada território.

A reorganização dos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde também foi discutida nos encontros. Os participantes narraram que os usuários eram orientados a ficar em isolamento domiciliar em caso de sintomas leves, ainda que não tivesse feito a testagem. Em caso de agravamento do quadro clínico, o usuário deveria procurar uma unidade hospitalar. Em se tratando dos usuários dos municípios de Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, nos casos de agravamento ou falta de leito hospitalar nos municípios, os pacientes eram encaminhados para Manaus/AM, por meio da inclusão no Sistema de Transferência de Emergência Regulada (SISTER).

É importante lembrar que sendo Manaus, no momento da segunda “onda”, em janeiro de 2021, em que Manaus registrou a superlotação nos serviços de saúde, foram transferidos 424 pacientes para outros estados, como o Pará, Distrito Federal, Paraná, Goiás, Alagoas, Espírito Santo, dentre outros. Com a mudança nos processos de trabalho, os horários de funcionamento

¹³ Dados do Vacinômetro Covid Amazonas, atualizados em 21 de novembro de 2022.

e fluxos de atendimento foram alterados, assim como o *layout* das Unidades de Saúde, principalmente para o grupo de Manaus. Vejamos:

os fluxos profissionais não foram planejados para fazer o atendimento adequado, a proteção individual, a mudança da rotina, né? Conforme a secretaria fez essa demanda de dois fluxos dentro da unidade, a gente seguia (Grupo Manaus; Posição: 30)

a UBS tinha uma sala, que a gente chamava sala rosa, que não tinha recursos (Grupo Manaus; Posição: 34)

Todo paciente no Manchester é laranja, né? quando ele é oncológico. E tudo era sala rosa, perdeu a ala oncológica de tratamento para poder abrir espaço para pacientes Covid. Então isso foi muito difícil. Mas assim, foi um negócio muito sério, ninguém sabia para onde ir, para onde correr, sem informação de nada. Mas a gente foi buscando e conseguiu manejar (Grupo Manaus; Posição: 36)

De maneira geral, os planos de contingência analisados apontavam alterações em relação aos processos de trabalhos da atenção básica, com mudanças de fluxo e *layout*. Entretanto, percebemos nas falas que as alterações nos fluxos, foram estabelecidas meses após o início da pandemia e gerava dúvidas nos profissionais. Além disso, a própria estrutura física das Unidades de Saúde não comportava o novo *layout*¹⁴ com a implantação da “sala rosa”, visto que esta precisava de materiais e equipamentos de Urgência Básica, os quais até aquele momento não faziam parte dos insumos adquiridos pelas secretarias de saúde.

A centralização do atendimento exclusivo de Covid-19 com testagem em algumas UBS de referência, com o objetivo de diminuir a contaminação entre pessoas sintomáticas e não sintomáticas, também foi uma dificuldade narrada “muito teste, muito atendimento, zero distanciamento. Não tinha como fazer” (Grupo Manaus; Posição: 33). Assim como, a localização destas: “outra coisa é o próprio diagnóstico da Covid, é complicado, porque é feito num único lugar, lá no final da cidade, é muito longe ‘não vou’ dizia o paciente” (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 65).

Os participantes também indicaram a dificuldade de força de trabalho ao longo da pandemia. Sabemos que os municípios do Amazonas têm dificuldade na fixação de

¹⁴ Palavra inglesa que designa o modo de distribuição e arranjo dos elementos num determinado espaço ou superfície.

profissionais de saúde. Muitos deles, mantinham médicos em seus quadros funcionais por conta do Programa Mais Médicos, instituído para produzir avanços na cobertura assistencial da atenção básica com o provimento emergencial de médicos, dentre outros objetivos (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022). Contudo, o déficit de profissionais se agravou durante a pandemia, seja pelo adoecimento, como também pela desistência de se manterem durante o período crítico em locais de difícil acesso e pouca estrutura de saúde.

É importante destacar que os três municípios fizeram Processo Seletivo Simplificado (PSS), em caráter de urgência, para aumentar a força de trabalho nos serviços de saúde. Manaus também recebeu médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, advindos de processos seletivos do Ministério da Saúde (MS), conforme os termos do Edital Nº 4, de 31 de março de 2020, para atuar na Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, o município recebeu, ao todo, 267 profissionais de saúde e 78 discentes dos últimos períodos de graduação nas áreas da saúde (CONASEMS, 2020; SEMSA, 2020).

No caso de São Gabriel da Cachoeira, os aprovados do PSS formaram uma equipe de monitoramento para pessoas com o teste positivo de Covid-19 ou tinham suspeitas de contaminação pelo vírus (REIS *et al.*, 2022). Contudo, segundo os entrevistados esse processo seletivo foi realizado e se encerrou com a pandemia em curso. Corroborando com a notícia do ISA, os participantes destacaram a importante e essencial presença de outras instituições como a Fiocruz e de Organizações não governamentais como “Médicos sem fronteira” e “Expedicionários da Saúde” no enfrentamento da Covid-19.

os médicos sem fronteiras ajudaram muito, eles forneceram alguns equipamentos, eles sempre enviavam médicos assim vários profissionais tanto pra ajudar o município, ensinar a cidade e os indígenas (Grupo São Gabriel da Cachoeira, posição: 18).

vamos mudar agora a maneira de atendimento, e quando veio uma equipe da Fiocruz no intuito de descentralizar os testes né, aí eles deixaram mais testes pra gente e ensinaram como a gente faria coleta (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 35).

recebemos doações dos concentradores de oxigênio de apoio com a da Cruz Vermelha (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 43).

Portugal (2021) descreve que a articulação interinstitucional a partir do decreto da prefeitura de São Gabriel da Cachoeira possibilitou a criação de Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPIS), coordenadas pelo Distrito de Saúde Especial Indígena (DSEI), do Ministério da Saúde, além de um centro de acolhimento gerido pela ONG MSF.

Durante a pandemia, os atendimentos eletivos foram reduzidos com o propósito de priorizar os atendimentos de Covid-19 e evitar aglomerações, principalmente de usuários dos grupos de risco (idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes). Vejamos:

a gente teve que reduzir a questão dos atendimentos (...), então a gente passou a fazer pré-natal só primeira consulta e as que estavam no final da gestação, aquelas que estava no meio da gestação a gente foi espaçando mais as consultas (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 25)

No centro de reabilitação a gente com deficiências, idosos e crianças atendidas não puderam mesmo sair de casa e foi desespero a gente tentar orientá-los. Levar aquelas pessoas a uma situação de seqüela menor né? Porque se não forem trabalhados eles regridem mesmo (Grupo Manaus; Posição: 32)

A diminuição nos atendimentos de outras doenças ou agravos, suspensão de atendimentos odontológicos e, ainda, de ações programáticas com o pré-natal e os atendimentos condicionados ao Programa Bolsa Família. Mendes (2020) diz que a terceira “onda” da pandemia é o resultado da redução ou eliminação de cuidados com outras condições de saúde, uma vez que muitas atividades importantes na atenção básica foram interrompidas. Lee *et al.* (2022) diz que os “pacientes invisíveis”, oriundos dessa interrupção mais tarde lotarão os serviços de saúde com suas doenças crônicas agravadas.

Para mitigar as consequências disso, em Manaus, a SEMSA instituiu os serviços de teleatendimento com atendimento no “Chat Saúde On-line”¹⁵, por uma equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos. O atendimento mediado por tecnologia aumenta a capacidade de atendimento do sistema de saúde e contribui

¹⁵ Disponível no endereço <https://covid19.manaus.am.gov.br/>. O serviço funciona de 7h às 22h, de segunda a sexta, e de 8h às 16h, aos sábados e domingos. Ao entrar no link, o usuário digita o nome e e-mail, em seguida é direcionado para o atendimento remoto.

para o acesso a orientações qualificadas, apoia a organização do fluxo das pessoas no sistema e ajuda a diminuir a sobrecarga da atenção básica, afirma Sarti et al (2020).

Diante de todas as dificuldades, é imprescindível destacarmos o protagonismo das equipes de saúde, enxergando o usuário na integralidade, mesmo sem oxigênio, sem equipe completa, sem direcionamento definido pela gestão

‘estou sem ar’ e eu só falava com ela: ‘vamos lá, respira comigo, vamos lá, puxa e solta’, e ela tentando, não conseguia, a saturação no momento 61, 65, máximo 70. Não tinha oxigênio, não tinha fisioterapeuta (Grupo Manicoré; Posição: 172)

no meio da confusão de atendimento, só deu certo por que tinha protagonismo de profissionais engajados no SUS (Grupo Manaus; Posição: 47)

Os profissionais (re)organizaram protocolos e se utilizaram de ferramentas como *WhatsApp* para realizar consulta médicas e psicológicas, orientações de prevenção de doenças crônicas e pré-natal, utilizando equipamentos e insumos próprios (telefone e internet), o que demonstra o comprometimento destes profissionais com a saúde pública.

eu tenho que organizar protocolos de onde não tinha protocolos, eu tenho que estar na gravidade da doença, não tendo material (Grupo Manaus; Posição: 35)

fizemos grupo no WhatsApp para orientar as gestantes, idosos e hipertensos, fizemos muitos atendimentos domiciliares e pela internet também (Grupo Manicoré; Posição: 37)

Mesmo diante de tantas demandas, o protagonismo destes profissionais foi essencial para resiliência dos serviços de saúde, ou seja, a capacidade de absorver as demandas, adaptar processos de trabalho e transformar a realidade imposta, daí o porquê, muitas vezes, nos deparamos nas redes sociais com diversas manifestações que dizem “os heróis vestem branco”, numa alusão aqueles que não puderam parar de trabalhar na pandemia e “heroicamente” se dispuseram ao bem comum, como narram os participantes

eu não dormia, tempo todo com o celular, porque às vezes os colegas ligavam de madrugada pra tirar outra dúvida (Grupo Manaus; Posição: 28)

you were there at the front, you were in covid, but at the same time you had TB [tuberculosis], you had the pre-natal. You had to be connected there in Previne, to be able to do the indicator (Grupo Manaus; Posição: 47)

a psychological pressure every time you look, you see that you are down there, and you have to go forward, you have to attend, you can't focus only on one thing, you are divided because of the lack of professional training, I read and I run behind the reading of protocols and all the comments about the disease (Grupo Manaus; Posição: 49)

Todavia, esse protagonismo custou caro para muitos profissionais. Eles relataram durante os encontros que se sentiam “aprisionados” em muitas demandas do serviço, numa rotina que, muitas vezes, os impediam de realizar ações cotidianas como comer, ir ao banheiro, descansar o corpo, o que os levava à exaustão, angústia, frustração e contato frequente com um vírus invisível.

Romero & Delduque (2017) ressaltam que a desvalorização e precarização dos postos de trabalho dos profissionais da saúde é histórica no Brasil, pois, em geral se caracterizam por baixos salários, falta de planejamento de carreira, relações de trabalho fragilizadas, alta carga horária e inexistência de atividades de Educação Permanente.

Helioterio *et al.* (2020) corroboram, enfatizando que dentre as medidas de enfrentamento da pandemia, as ações voltadas aos trabalhadores, seja de atenção ou de segurança, muitas vezes foram esquecidas. Desta forma, ratificamos a necessidade de planejamento/implementação do eixo de Saúde do Trabalhador nos Planos de Contingência em situações de epidemias e pandemias, tendo em vista que a saúde é feita por pessoas e para pessoas.

Em Manicoré, os problemas relacionados ao eixo de Saúde do Trabalhador foram tão impactantes que os participantes elegeram como problema central “falta de apoio psicológico para profissional da linha de frente”, quão urgente é a atenção à saúde do trabalhador, reforçada nos outros municípios pelos problemas “adoecimento da força de trabalho”, “impacto psicológico”, “psicológico abalado”. Aqui voltamos para a máxima “quem cuida do cuidador?”

we professionals with all this we got it fast, we got it like that, we got it like a game, like that, like that, I think that we professionals we got it worse than the people of the community, because those who were still well were taking care of the people who were infected, they were in the UPA, they were taking care of them day and night (Grupo São Gabriel; Posição: 71)

Pensando do lado gerencial, o seu lado humano também mexe muito porque você tá vendo os colegas adoecendo a ponto de morrer. É bem complicado. E tudo isso, trouxe o impacto psicológico, né? (Grupo Manaus; Posição: 28)

Os trabalhadores da saúde estavam no grupo de profissionais da linha de frente, passaram por reorganização do trabalho, adaptação aos protocolos, sobretudo, tiveram que lidar com o novo e, ainda, administrar sua vida pessoal, a fim de que suas famílias ficassem (o máximo possível) em segurança. Para tanto, muitos alugaram um outro espaço para morar, deixaram de ver seus pais e filhos, mudaram a rotina: “eu mudei para o hotel e passei mais de três meses vendo minha filha pelo telefone” (Grupo Manicoré, Posição: 59).

O estudo de Barroso et al (2020) aponta que os principais desafios vivenciados na pandemia foram: a elevada capacidade de transmissão do vírus, a sobrecarga de trabalho e os impactos na saúde mental, assim como a falta de equipamento de proteção individual (EPI). Embora a proteção dos trabalhadores de saúde tenha sido amplamente debatida, principalmente, nos dois picos da pandemia, as questões levantadas acima foram os motivos mais apontados pelos participantes que contribuiu para o aumento das infecções e adoecimento da força de trabalho.

Informação, comunicação em saúde e participação social: o combate à propagação da Covid-19 e das *fake news*

A oferta de conteúdo na internet era frequente durante a pandemia. O “bombardeio” diário de informações nas redes sociais e aplicativos – *Instagram, Facebook, Twitter, WhatsApp, Youtube* – o que imputava às pessoas, a necessidade real de identificação do que era verdadeiro ou falso, para tomada de decisão e posicionamento sobre a conduta de prevenção da Covid-19 nos seus ambientes familiares e/ou trabalho. Entendendo esse cenário, as prefeituras fizeram uso de mídias digitais¹⁶ como meios estratégicos para a comunicação com os públicos.

Segundo Costa *et al.* (2022), os principais temas abordados nos materiais de comunicação das prefeituras dos municípios do Amazonas versavam sobre 1. Vacinação; 2.

¹⁶ Ou seja, redes sociais e os canais digitais, como site, aplicativos.

Boletins epidemiológicos; 3. Contratação de profissionais; 4. Aquisição de materiais e insumos de saúde; 5. Orientações sobre medidas não farmacológicas (uso de máscara, higienização das mãos e não aglomeração de pessoas). Com já comentamos, a prefeitura de Manaus implantou o serviço “Chat Saúde On-line” para também oferecer um canal de esclarecimentos sobre Coronavírus e combater notícias falsas, conhecidas como *fake news*.

Aliás, as *fake news* e a interferência de líderes (religiosos e comunitários) foram, seguramente, o principal desafio na implementação de ações de prevenção e controle,

alguns grupos religiosos que eles interferiram na atenção da prevenção contra vacina, (...) tinham muitos fiéis daquelas igrejas que não queriam tomar a vacina porque o pastor dizia que não era para tomar vacina (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 93)

Interferência de líderes. Se eles falassem, tinha paciente que chegava exigindo aquele tratamento. Quero Azitromicina, quero kit covid (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 100)

outro grande problema há como exemplo de notícias falsas (...) tirava um pouco de credibilidade dos responsáveis pela Saúde (Grupo Manaus; Posição: 34)

em função também das fake news com receituários que eram compartilhados (Grupo Manaus; Posição: 48)

Santos (2021) enfatiza que os países mais afetados pelas *fake news*, como EUA, Brasil e Índia, foram os que tiveram maior número de mortes. A lacuna entre os debates culturais, políticos e ideológicos e o cotidiano vivido pela grande parte da população, o negacionismo, desorientaram os comportamentos e destruíram a legitimidade das medidas de proteção, e neste processo infeccioso das *fake news*, os cidadãos estarão sempre indefesos e suas inquietações não são respondidas.

As ações de educação em saúde, também foram pautadas nas discussões levantadas pelos grupos. Segundo os participantes, essas ações foram realizadas em diferentes localidades, conforme narrado pelos participantes. As principais atividades sobre a prevenção Coronavírus (Covid-19) descritas foram: palestras, distribuição de panfletos e cartazes nas escolas, igrejas, locais públicos e privados como hotéis e empresas privadas, assim como a utilização de rádios locais para os esclarecimentos e orientações preventivas. Vejamos:

dava pra gente falar sobre uso de máscara, sobre o álcool em gel, lavar as mãos né, a gente mantém aquele distanciamento um do outro a gente conseguia fazer isso em área (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 22)

Era onde tinha mais movimento, no caso da feira municipal, em frente ao banco, onde mais tinha rua movimentada, teve nos ginásios, em algumas igrejas lá" (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 34)

As campanhas educativas focaram na orientação dos grupos mais afetados pela Covid-19 (tanto na infecção quanto na mortalidade), como os idosos e pessoas com doenças crônicas – diabéticos; hipertensos; insuficiência renal; doença respiratória crônica e doença cardiovascular.

Portugal (2021) reforça que uma das respostas, ao pedido de colaboração do Ministério Público Federal, foi a colaboração do Greenpeace, ISA e FOIRN, na produção 13 cartilhas sobre a prevenção ao vírus, nas línguas indígenas locais (baniwa, dâw, hupdá, nheengatu e tukano), para utilização em barreiras sanitárias e ações de educação em saúde no município de São Gabriel da Cachoeira.

O envolvimento da comunidade nas ações de prevenção e controle da Covid-19 também foram marcantes, especialmente no que tange ao uso de saberes tradicionais e plantas medicinais,

o resgate desse conhecimento tradicional que ele estava adormecido e eu tenho certeza de que muitos que estão aqui, os avós, as mães, buscarem mostrar para vocês quais são esses medicamentos que eram usados antigamente (...), todo mundo saiu plantando jambú, todo mundo saiu plantando gengibre, todo mundo foi buscar saracura, carapanaúba" (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 162)

a gente também viu muita gente tentando ajudar as pessoas né, fazendo chá, fazendo o xarope caseiro, ajuda na alimentação (Grupo Manicoré; Posição: 174)

As singularidades do conhecimento tradicional presente nos territórios amazônicos, desafiam e demarcam o fazer saúde nesses territórios, pois são embrenhados de história, cultura e espiritualidade, numa prática de cuidado que se baseia na simplicidade dos usuários que gentilmente partilham os conhecimentos entre as gerações e atravessam a “cientificidade” da produção do cuidado. Não queremos com isso, colocar em disputa os saberes científicos e

tradicionais, mas dizer que ao andarem juntos, lado a lado, estes saberes são ainda mais potentes.

O envolvimento da comunidade nas ações de prevenção e controle da Covid-19 também foram marcantes, especialmente no que tange ao cuidado com o cuidador e mostrando quão solidário é a população amazônica:

todos eles iam nos quartos perguntando: como estão? eles estavam com um familiar muito pior, mas queriam saber da gente, levavam docinho, sabe? com aquelas frases para te dar animada e distribuía. Quem fazia isso era profissionais? Não! familiares. Aí eu vi como o sofrimento era compartilhado, e a solidariedade que eu tinha, eu poderia oferecer (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 174)

não tínhamos condições muito material de proteção e chegava aquelas máscaras de T.N.T feitas pela comunidade. Com isso, levaram para nós marmitta também, donos de restaurante, sabendo aqui que a gente ficava lá [na unidade de saúde] tudo isso também trouxe essa parte tão sensível nossa de compartilhar (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 176).

Ao longo deste capítulo, vimos que a saúde do trabalhador foi negligenciada pela gestão em saúde, mas não passou despercebida pelos usuários que em meio a dor, se dispuseram a cuidar do cuidador. A solidariedade presente nos territórios nos toca profundamente, por duas razões: é uma ação eminentemente humana, um compromisso que se estabelece na ação pelo coletivo, ao enxergar a necessidade do outro; e, é um dos princípios constitucionais, e, portanto, norteiam as políticas públicas brasileiras que buscam a ampliação de processos de integração que se baseiam na cooperação, solidariedade e gestão democrática. São duas vertentes que caminham para sustentabilidade da civilização e do Estado democrático de direito.

A mobilização da sociedade civil para o enfrentamento da pandemia, ocorreu desde o início e foi relevante, como evidenciam as falas dos participantes. Segundo Massau e Mamede (2022), após dois meses do primeiro caso registrado no Brasil, já existiam centenas de iniciativas da sociedade civil para combater os efeitos indesejados da pandemia, envolvendo diversos atores sociais, organizações não governamentais e iniciativas promovidas por comerciantes locais.

Desse modo, é importante lembrar que os sujeitos trazem em si a possibilidade para produzir a mudança e a transformação social, como agentes que são do mundo e estão no

mundo, impulsionados pela liberdade de realizar ações baseados em suas ideologias, na cultura e na tradição da qual faz parte (SCHWEICKARDT *et al.*, 2022). Portanto, os processos de transformação social têm por horizonte um novo modelo civilizacional que se confrontam com interesses estabelecidos nas políticas dominantes e que tem, na participação da comunidade e na solidariedade uma alternativa.

Para além da Covid-19: o olhar resolutivo dos profissionais e gestores da atenção básica

Buscamos oportunizar espaços de diálogos, problematizando as experiências vivenciadas pelos participantes ao longo da pandemia, mas também incentivando a construção coletiva de soluções, durante os encontros.

Ao problematizarem as realidades postas nos territórios da atenção básica os participantes identificaram que as dificuldades apresentadas – fluxo de atendimento para Covid-19, centralização dos serviços, desconhecimento sobre a doença, falta de ações para saúde do trabalhador – poderiam ser mitigadas e, construíram planos de ação, que para eles seriam efetivos em tempos de pandemia. Vejamos as figuras a seguir:

Figura 10. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manicoré, AM.



Figura 11. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manaus, AM.

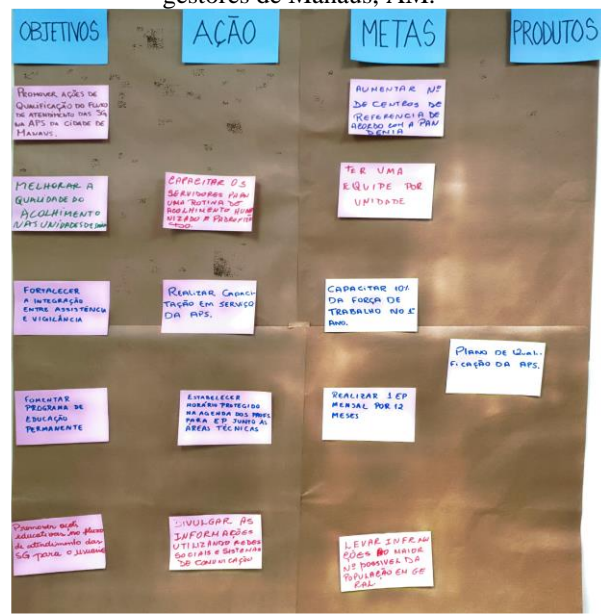


Figura 12. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores da atenção básica de São da Cachoeira, AM.

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	PRODUTO
AUMENTAR ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	DESCENTRALIZAR OX	ELABORAR FUNDAMENTO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	EXECUÇÃO DE FLUXOGRAMAS
IMPLANTAR UMA UNIDADE DE DIAGNÓSTICO NO CENTRO	AUMENTAR NÚMERO DE TESTAGEM	FUNCIÓNAMENTO DO LABORATÓRIO até JUNHO DE 2023	MELHORAR NOTIFICAÇÃO E CONTROLE
DAR CONTINUIDADE DAS AÇÕES	ATUALIZAÇÃO E REIDIRECIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS	EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS	PROFISSIONAIS CAPACITADOS

Figura 13. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores do Distrito de Saúde Indígena do Alto Rio Negro, AM.

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	PRODUTO
Atualizar os profissionais da EMSI.	Oficina de atualização para COVID em geral	Realizar a oficina de 6 em 6 meses 2 x por ano	Construir um processo de atuação de acordo com a realidade local
Atualizar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS)	Oficina de atualização em área indígena	Atualização dos AIS dos 25 postos base	Contribuição de resultados em um que indígena atua local

Analisando os planos de ação propostos, verificamos que a descentralização dos atendimentos e diagnósticos da Covid-19 são necessárias, principalmente para promover acesso ao atendimento, mas também na construção de práticas interprofissionais que passam pela organização cotidiana da equipe de saúde e acolhimento do usuário. Este último, muito fragilizado pela grande demanda de serviços da atenção básica.

A necessidade de qualificação de profissionais, seja por meio cursos de educação continuada, oficinas de trabalho ou implementação de “tempo protegido” nas unidades de saúde para Educação Permanente em Saúde são ações de interesse comum para os participantes. Tal “tempo protegido” quer dizer a inclusão nas agendas profissionais de espaço para discussão de casos, projetos terapêuticos singulares e coletivos, organização da equipe e problematização dos processos de trabalho, práticas que baseiam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Em São Gabriel da Cachoeira, os participantes discutiram problemas correlatos enfrentados tanto na área indígena (figura 3) como não indígena (figura 4), o que os permitiu a interlocução entre os profissionais da atenção básica e do DSEI, como foi o caso do treinamento realizado pela SEMSA sobre a testagem de Covid-19 para profissionais que entrariam em área indígena. Desta forma, disseram eles, a medida em que as equipes interagem, “a gente vai trocando e vai potencializando e organizando a equipe, é um aprendizado para outras pandemias” (Grupo São Gabriel da Cachoeira, 146), reforçando que a Educação Permanente

em Saúde se mostra eficaz em qualquer tempo, porque é uma política pública viva que busca ampliar o conhecimento sobre estratégias pedagógicas e saberes locais na intervenção.

Na figura 6, vimos que os participantes propuseram a ampliação e reorganização da rede de atenção mental e a implementação de fluxograma na Atenção Básica, a fim de atender as demandas dos usuários e profissionais de saúde do município de Manicoré.

A criação de material informativo com orientações sobre o cuidado/importância da saúde mental para uso em atividades de educação em saúde nos territórios foi outro ponto sugerido, visto que muitos usuários e profissionais não buscarem apoio psicológico devido ao preconceito e com receio da exposição de suas fragilidades na comunidade. Assim, orientar a importância de atividades para melhoria/produção de saúde mental e o sigilo profissional que baseia o atendimento psicológico é fundamental, segundo os participantes.

Ademais, a promoção de rodas de conversas, a realização de busca ativa dos pacientes faltosos em saúde mental, assim como a utilização de imagens, vídeos explicativos e plataformas digitais como o *Tiktok*, estão entre as atividades e produtos sugeridos.

A produção de material educativo bilíngue é uma atividade considerada essencial para os profissionais do Distrito de Saúde Indígena, visto que eles lidam com usuários de diversas línguas e etnias. Mendes *et al.* (2018) enfatizam que um dos principais desafios para efetivação da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é o estabelecimento de diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais, pois o cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos.

Assim, é possível concluir que no mesmo território em que a transmissão do vírus e das *fake news* trouxeram prejuízos a produção de saúde, a resistência dos profissionais de saúde tornou possível a reflexão crítica e coletiva dos processos de trabalho e do diálogo na (re)construção de novas práticas na atenção básica que contemplam a dinâmica dos modos de vida e saberes locais, na avaliação, discussão e fortalecimento do fazer saúde na Amazônia.

Considerações Finais

A pesquisa participativa realizada nos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira trouxe resultados que podem apoiar a intervenção imediata, propositiva, gerada e produzida por seus participantes e nortear as políticas públicas de saúde sobre os modos de vida e as necessidades das populações locais.

As secretarias redefiniram fluxos, redistribuíram profissionais, instituíram serviços *online* de orientação à população (teleconsulta, chat saúde, grupos de *Whats App*), definiram unidades de referência para atendimento Covid-19. Contudo, nas narrativas é possível identificar três grandes grupos de problemas enfrentados ao longo da pandemia.

O primeiro era relacionado ao desconhecimento sobre a vírus, a doença e o manejo dos pacientes, pois não existiam protocolos, fluxograma para atendimento. O segundo relacionado ao adoecimento e óbito da força de trabalho na saúde. O terceiro versava sobre a estrutura física e de material das unidades de saúde que dificultava o distanciamento e o atendimento de outras doenças e agravos, além da Covid-19. Desta forma, a integração entre atenção básica, vigilância em saúde e saúde do trabalhador é necessária para produção de saúde nos territórios amazônicos em tempos de pandemia, por isso, recomendamos que se incluam nos Planos de Contingência, ações voltadas para Saúde do Trabalhador como eixo prioritário.

A comunicação em saúde sobre a pandemia ocorreu, segundo os participantes, ora de porta em porta, nas visitas domiciliares, principalmente, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, ora na divulgação de informações sobre medidas de prevenção nas redes sociais e plataformas digitais. Ações prioritárias no combate às notícias falsas.

Nos territórios estudados houve um resgate de saberes e práticas tradicionais, indicando resistências e reafirmações do modo de vida de cada lugar. Foi lá, no território líquido que o enfrentamento da Covid-19 se deu, no lugar onde a vida cotidiana do amazônida ganha sentido e forma e, onde os sistemas de saúde locais, com suas fragilidades e potencialidades, é construído e apropriado coletivamente pela população.

Terminamos este texto, destacando o protagonismo dos profissionais e gestores da Atenção Básica e participação da comunidade que, mesmo diante da desarmonia entre os níveis

de atenção, óbitos, suspensão de outros atendimentos, falta de espaço para distanciamento nas unidades de saúde, necessidade de mudança de fluxos, falta de insumos e equipamentos de proteção individuais, se organizaram nos territórios para romper os limites sanitários e sociais, mostrando toda resiliência e solidariedade com as diversas gentes da Amazônia.

Referências

ALVES, M. **DeCS - Participação da Comunidade.** , 2018a. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/th/s/resource/?id=3275&filter=ths_termall&q=participa%C3%A7%C3%A3o%20da%20comunidade>. Acesso em: 19 nov. 2022

ALVES, M. **DeCS - Saúde do Trabalhador.** , 2018b. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/th/s/resource/?id=29064&filter=ths_termall&q=saude%20do%20trabalhador>. Acesso em: 19 nov. 2022

AMAZONAS, F. DE V. EM S. DO. **Painel COVID-19 Resumo.** Disponível em: <https://public.tableau.com/views/PainelCOVID-19Resumo/PainelCOVID-19Resumo?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=pt&:loadOrderID=0>. Acesso em: 20 nov. 2022.

AMAZONAS, G. DO. **Diário Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado do Amazonas.** Disponível em: <<https://diariomunicipalaam.org.br/?msclkid=594f2b90a31d11ecb6b8a4c6bc6374a8>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

BARROSO, B. I. DE L. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 1093–1102, 21 set. 2020.

BOSCO, E. (ED.). **Desigualdades, crises e resistências no enfrentamento à Covid-19 na América Latina são tema de livro lançado pela Flacso Brasil | Flacso Brasil.** [s.l.] Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2022.

BRASIL, G. DO. **As Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1?msclkid=da22c67fb77e11ec884634315b1b16ab>>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Vigilância em Saúde.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BRASIL, M. DA S. **Guia da Política Nacional de Atenção Básica: intergração da atenção básica e vigilância em saúde - módulo 1.** Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CEPEDES, C. DE E. E P. EM E. E D. EM SAÚDE. **A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil, análise dos decretos estaduais no primeiro mês.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf?msckid=d1cbf96fa31711eca13909143e82d3c7>. Acesso em: 13 mar. 2022.

CONASEMS, C. N. DE S. M. DE S. **Edital nº 4, de 31 de março de 2020 - Imprensa Nacional - CONASEMS.** Institucional. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/sgtes-publica-edital-de-convocacao-para-alunos-de-cursos-da-area-de-saude/edital-no-4-de-31-de-marco-de-2020-edital-no-4-de-31-de-marco-de-2020-dou-imprensa-nacional/>>. Acesso em: 23 nov. 2022.

COSTA, G. S.; SCHWEICKARDT, J. C.; GUEDES, T. R. O. DAS N. Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de COVID-19. Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** Saúde & Amazônia. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. v. 18.

FERLA, A. A. *et al.* A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19. Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** Saúde & Amazônia. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 140–161.

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

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00289121, 2020.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação. Referência em 1º de julho de 2021.** , 2021. . Acesso em: 10 jul. 2021

ISA, I. S. **Covid-19 avança no AM e São Gabriel da Cachoeira sente impacto da crise em Manaus.** Disponível em: <<https://site-antigo.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/covid-19-avanca-no-am-e-sao-gabriel-da-cachoeira-sente-impacto-da-crise-em-manaus>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

LEE, A. *et al.* Exploring human factors in the operating room: scoping review of training offerings for healthcare professionals. v. 6, n. 2, mar. 2022.

MANAUS, P. M. DE MANAUS. S. M. DE S. DE. **Legislação municipal do município de Manaus aplicada ao enfrentamento do novo coronavírus.** , 2020a. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/LEGISLA%C3%87%C3%83O-MUNICIPAL-DO->

MUNIC% C3% 8DPIO-DE-MANAUS-APLICADA-AO-ENFRENTAMENTO-DO-NOVO-CORONAV% C3% 8DRUS.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022

MANAUS, P. M. DE MANAUS. S. M. DE S. DE. **Relatório do Hospital de Campanha Municipal Gilberto Novaes**. Manaus, AM: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 25 set. 2020b. Disponível em: <<https://covid19.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-Hospital-de-Campanha-v01.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MASSAU, G. C.; MAMEDE, A. J. S. M. O Dever de Solidariedade na Pandemia da Covid 19: Reflexões em ante a (In)Constitucionalidade das Medidas Emergenciais. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 10, n. 19, p. e12864–e12864, 4 jul. 2022.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível? n. 1, p. 92, 2020.

PORTUGAL, R. A atuação governamental em São Gabriel da Cachoeira no Amazonas durante a crise da Covid-19. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, n. 24, p. 57–64, 12 jul. 2021.

REIS, A. E. S. *et al.* Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira - Amazonas. Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

ROMERO, L. C. P.; DELDUQUE, M. C. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 240–255, mar. 2017.

SAMEL, H. T. **Manual da cápsula Vanessa**. Disponível em: <<https://www.samel.com.br/wp-content/uploads/2021/12/manual-capsula-vanessa.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SANTOS, B. DE S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. 1ª ed. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2020. v. Único

SANTOS, B. DE S. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1ª ed. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020166, 27 abr. 2020.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela COVID-19 no Estado do Amazonas? Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. DE S.; FERLA, A. A. **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SEMSA, S. M. DE S. **Profissionais de saúde do programa “Brasil Conte Comigo”**. SEMSA, 29 maio 2020. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/profissionais-de-saude-do-programa-brasil-conte-comigo/>>. Acesso em: 23 nov. 2022

5 Atenção à saúde no *território líquido*: prevenção e controle da Covid-19 na Amazônia Brasileira

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Tânia Aparecida de Araujo
Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Sônia Maria Lemos

Resumo

Objetivo. Analisar os serviços de prevenção e controle da Covid-19 nos territórios da Atenção Básica à Saúde no Amazonas. *Métodos.* Estudo transversal com métodos mistos, realizado a partir das entrevistas com usuários da Atenção Básica em doze municípios do Amazonas. As análises estatísticas foram realizadas por meio do teste qui-quadrado e regressão logística com base no modelo teórico construído pelos autores, sobre as dimensões interrelacionais de prevenção e controle da Covid-19 na Atenção Básica. *Resultados.* Os municípios sem acesso terrestre à capital apresentaram menor dificuldade em acessar os serviços de saúde durante a pandemia, enquanto a capital demonstrou maior dificuldade. Os informantes da capital acreditam mais nos meios de comunicação e menos nos profissionais de saúde ($p:0,006$). Para as famílias dos municípios que fazem fronteira com outros estados ou países o isolamento foi considerado a medida de prevenção mais importante e para os municípios de difícil acesso à Manaus foi o uso de máscara. *Conclusões.* O enfrentamento à Covid-19 mostrou que as ações de saúde nos territórios da Amazônia precisam valorizar os saberes e práticas da população local como potência para a produção do cuidado no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Covid-19; Política Pública de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Prevenção Primária; Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) operacionaliza a Política Pública de Saúde no Brasil, organiza seus serviços, considerando as especificidades dos territórios, com o objetivo de prevenir riscos e evitar danos à saúde. Entende, em cada etapa dessa operacionalização, que os aspectos políticos, econômicos e sociais interferem no processo saúde-doença das populações.

Essa forma de organização também visa a consolidação de uma rede de serviços, a fim de assegurar a Saúde como um direito de cidadania, estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Destaca-se a relevância da descentralização dos serviços de saúde no Brasil que se deu a partir da promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), ratificada na Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990). Diretriz definida como prioridade para a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços de atenção à saúde no Brasil.

Além da descentralização, outra diretriz importante para consolidação da Política de Saúde é a regionalização. Por ser um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e operacionalização do uso do território entre os entes federados, a regionalização não se trata apenas de delimitar um território geográfico, mas também traz em sua essência a necessidade de pactuação de acordos políticos coerentes com o uso do território pelos agentes locais que a utilizam (VIANA *et al.*, 2008).

Dessa forma, o ordenamento, proposto pelo SUS, atribui à Atenção Básica à Saúde a função de principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado, ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Básica são considerados termos equivalentes, representam unidades locais de saúde ou nível de atenção (GIL, 2006). Assim, utilizou-se neste estudo o termo Atenção Básica, tendo em vista que se trata da política pública, ou seja, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2012 e atualizada pela Portaria nº 2.436 de 2017 (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica conceitua-se como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica utiliza a territorialização para planejamento de suas ações e serviços, como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações locorregionais, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde, além do acesso às ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, a territorialização tem por base a teoria da produção social, na qual a realidade é indivisível e tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

É nesse contexto que a Atenção Básica busca, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores de risco identificados em seus territórios de abrangência, com a finalidade de se consolidar como a principal porta de entrada do SUS (PLANIFICA SUS, 2019).

Portanto, o reconhecimento do território, como espaço dinâmico de construção das relações sociais, destaca os desafios para implementação de políticas públicas que articulem o poder público, movimentos sociais e os atores envolvidos no processo de planejamento, implantação e implementação dos serviços ofertados à população. Isto porque, os diferentes interesses entre público e privado, individual e coletivo, local e global têm sua gênese na dinâmica do uso do território.

De acordo com Milton Santos (2008), a representação técnico-geográfica do território, não corresponde ao território vivo, ou seja, o território é criado e recriado de acordo com as relações estabelecidas no cotidiano. Na mesma direção, Oliveira (2014) esclarece que na gestão do território é necessário considerar as dinâmicas existentes no espaço, o qual possui uma construção identitária cultural, política e econômica própria e, por isso, caracteriza-se como território e não apenas um espaço geográfico limitado.

Assim, o “território líquido” é uma categoria analítica que se apresenta na complexidade dos territórios amazônicos, imbuído de significados que passam pelos modos de vida das

populações e sua relação com a natureza, que considera o tempo como condição essencial para organização de políticas públicas, que atendem às necessidades humanas e não humanas, daqueles que ocupam e fazem os territórios de vida (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022).

A Amazônia brasileira é marcada pela baixa densidade populacional, dispersão da população, locais com difícil e restrito acesso, comunicação precária, que não se encaixam nos modelos e padrões de “desenvolvimento”. Esses fatores configuram cenários, que por si só, desafiam a construção do processo de regionalização e implantação de políticas de saúde que adotem estratégias diferenciadas e adequadas à essa realidade (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Desta forma, a partir de 2010, a Política de Atenção Básica inclui as Unidades Básicas Fluviais, Equipes de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinhas, para o atendimento da População Ribeirinha nas regiões da Amazônia e do Pantanal (BRASIL, 2011). A criação dessas equipes fortaleceu a Atenção Básica na região Amazônica, contudo ainda há necessidade de financiamento compatível com a realidade descrita acima.

A chegada da pandemia demandou da Atenção Básica dos territórios amazônicos, mobilização para promover a Educação Permanente dos profissionais de saúde, da vigilância em saúde e da assistência à saúde. Foi necessário reorganizar a produção de cuidado em saúde, redefinir protocolos e formas de estar próximo dos usuários (SCHWEICKARDT *et al.*, 2022). Ultrapassar as limitações impostas pelas dúvidas sobre o tratamento e acompanhamento das pessoas infectadas. Dessa forma, o presente artigo apresenta os resultados de um estudo que teve como objetivo analisar as medidas de prevenção e controle da Covid-19 adotadas nos territórios da Atenção Básica à Saúde, no Estado do Amazonas.

Métodos

Estudo transversal, desenvolvido com base em dados quantitativos selecionados de entrevistas realizadas no estudo de campo do projeto guarda-chuva “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”, aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE: 51941321.4.0000.5020 e parecer nº 5.137.547.

Foram entrevistados 385 usuários das unidades de Atenção Básica à Saúde, entre dezembro de 2021 a maio de 2022. Amostra intencional, calculada considerando o tamanho da população 2.962.494 pessoas (somatório da população estimada dos 12 municípios participantes), nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Os critérios de inclusão foram: usuários da Atenção Básica, na faixa etária de 18 anos ou mais e que aceitaram participar da pesquisa. E o critério de exclusão: população indígena aldeada. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa na porta de entrada das Unidades Básicas de Saúde..

Os municípios escolhidos foram agrupados a partir dos seguintes critérios: 1) Capital; 2) Município que faz fronteira com outros países e/ou divisa com outros estados; 3) Município sem ou difícil acesso terrestre à Manaus; 4) Município com acesso terrestre à Manaus (figura 9).

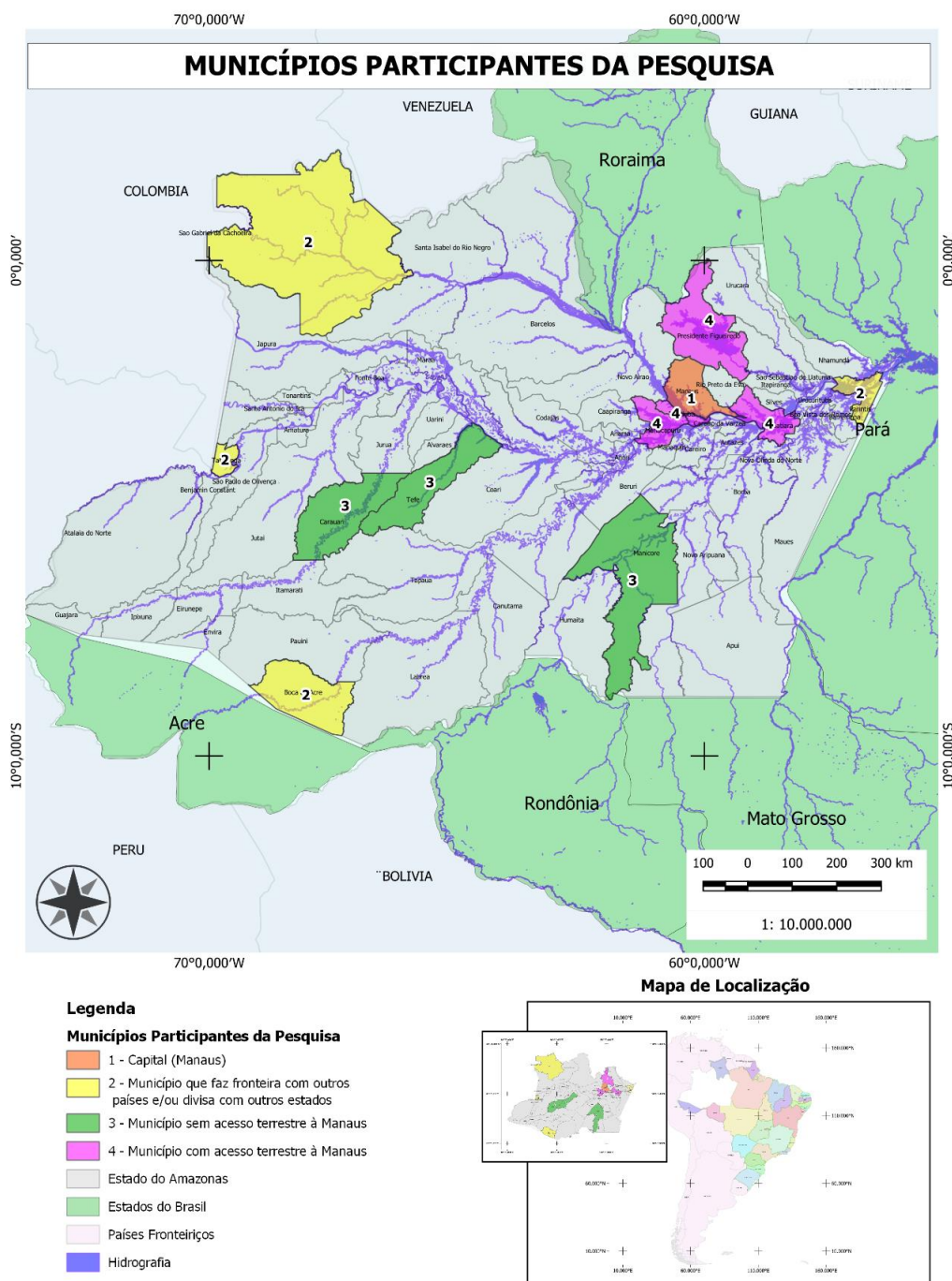
Optou-se por deixar a capital, Manaus, sem grupo, por se tratar do município de referência da Rede de Atenção à Saúde do Estado do Amazonas. É a referência para o encaminhamento de pacientes em casos graves e quando precisam de atendimento especializado não disponível nos demais municípios. Situada na calha do rio Negro, Manaus totaliza mais que a metade de habitantes de todo o estado, com a população estimada de 2.255.903 pessoas em 2021 (IBGE, 2021).

O Grupo 2 é composto por municípios que fazem fronteira com outros países e/ou divisa com outros estados: Boca do Acre (alto rio Purus), Parintins (baixo rio Amazonas), Tabatinga (alto rio Solimões), São Gabriel da Cachoeira (alto rio Negro), que totalizam 269.745 pessoas (IBGE, 2021). O Grupo 3 por municípios com difícil acesso terrestre à Manaus: Carauari (médio rio Juruá), Manicoré (rio Madeira) e Tefé (médio rio Solimões), totalizam a população de 145.374 pessoas (IBGE, 2021). O Grupo 4 por municípios com acesso terrestre à capital: Iranduba (rio Amazonas e rio Negro), Itacoatiara (Médio rio Amazonas), Manacapuru (rio Solimões e rio Negro) e Presidente Figueiredo (BR 174). Estes municípios têm a população de 291.472 pessoas (IBGE, 2021).

As variáveis e categorias do estudo correspondem aos itens: I - Perfil do entrevistado (Região; faixa etária; sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade; religião; rendimento familiar;

acesso ao auxílio governamental); II - Acesso aos serviços de saúde durante a Pandemia (Não teve dificuldade; Não precisei; e, Sim, tive dificuldade de acessar os serviços de saúde) e IV - Medidas de prevenção e controle da Covid-19 (medidas de prevenção; atividade de prevenção realizada pela equipe de saúde; diagnóstico de Covid-19; orientações sobre cuidados e imunização).

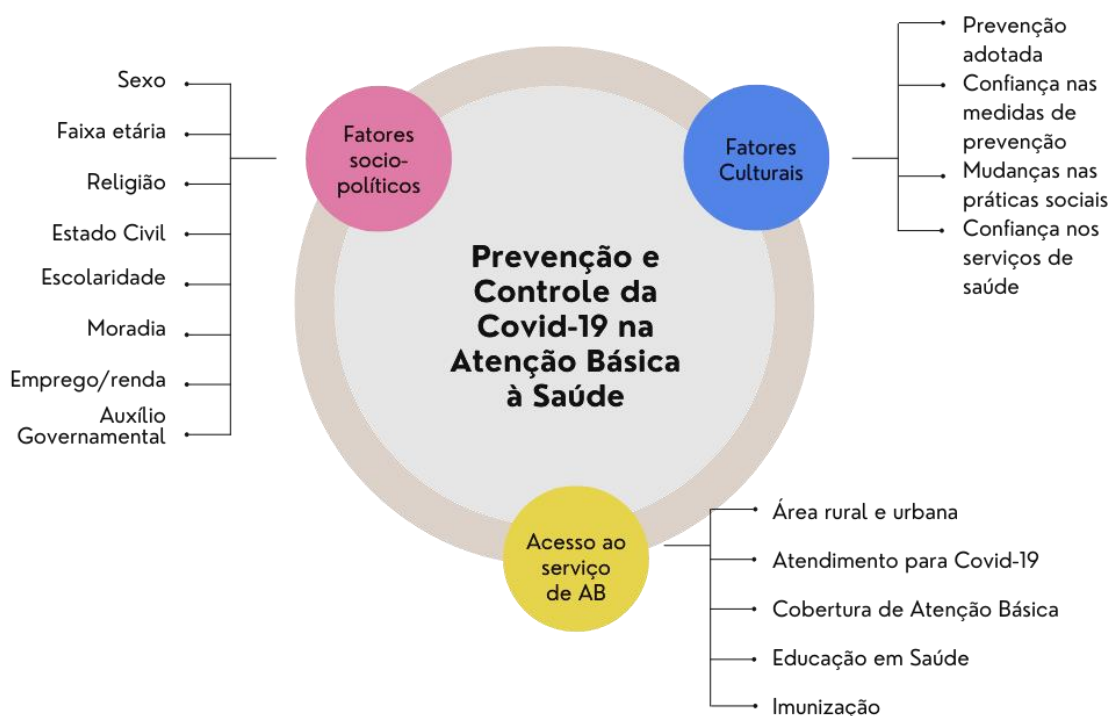
Figura 14. Municípios participantes da Pesquisa



Fonte: LAHPSA, 2022. Elaborado por Lupuna Souza.

O modelo teórico sobre a prevenção e controle da Covid-19 foi adotado, com base no referencial teórico-conceitual discutido ao longo da pesquisa, articulando três dimensões: 1. Condição Social, 2. Acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde e 3. Cultural. A análise estatística foi realizada por meio do teste qui-quadrado e regressão logística com base no modelo construído (figura 10).

Figura 15. Modelo teórico das dimensões relacionadas à prevenção e controle da Covid-19 nos territórios da Atenção Básica.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Os resultados estão organizados em três seções, de acordo com as dimensões apresentadas no modelo teórico, analisadas a partir da variável dependente – grupo (I, II, III e IV), buscando evidenciar distinções quanto as medidas de prevenção e controle da Covid-19 adotadas pelos municípios participantes da pesquisa.

Resultados

Dimensão das condições sociais da população

O perfil dos entrevistados evidenciou predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos (23,91%), sexo feminino (67,01%), pardos (78,44%), casados ou que vivem com o companheiro(a) (54,55%), nível médio completo/incompleto (48,83%), renda de até um salário-mínimo (51,69%), a maioria afirmou possuir religião, sendo católica (47,53%) e evangélica (43,12%) as mais frequentes. Dentre os entrevistados, 35,84% estavam desempregados e 30,31% tinham vínculo de trabalho formal. Destaca-se que os usuários do Grupo 3 foram os que menos receberam auxílio governamental (48,48%).

Dimensão do acesso aos serviços de saúde

Em relação à Covid-19, 85,56% usuários do Grupo 3 (que não possuem acesso terrestres à capital Manaus) consideraram uma doença muito grave ou grave, destes a maioria teve a doença (96,67%), porém tiveram menos dificuldade em acessar os serviços de saúde (13,33%), por outro lado os informantes de Manaus relataram menos Covid (63,89%) e mais dificuldade em acessar os serviços da atenção básica durante a pandemia (39,81%).

A maioria dos entrevistados do Grupo 3 recebeu orientações de profissionais de saúde e permaneceu em casa (88,89%). Na Capital menos da metade dos entrevistados recebeu orientações e ficou em casa (47,22%), e cerca de 10% destes não recebeu orientações e precisou de internação. No Grupo 4 (usuários com acesso terrestre à Manaus), 10,74% dos entrevistados não receberam orientações e precisaram de internação.

Quanto às medidas de prevenção da Covid-19, 85,56% dos usuários do Grupo 3 relataram que houve ação de educação em saúde promovida pela unidade do território. Os usuários dos Grupos 2 (75,76%) e 3 (66,67%) são os que mais confiam nas orientações dos profissionais de saúde do território. Os de Manaus são os que menos confiam nos profissionais

de saúde (44,44%) e confiam mais nos meios de comunicação (42,59%), quando querem informações e orientações sobre a Covid-19 ($p < 0,001$).

Em relação à vacina, a maior parte dos usuários do Grupo 4 (75,76%) haviam tomado as duas doses recomendadas como reforço, os de Manaus (51,85%) foram os que menos vacinaram com reforço e 8,33% desses tomaram uma dose ou não tomaram a vacina. Estes últimos indicaram que não tomaram vacina por falta de disponibilidade no serviço de saúde, reações adversas, dúvidas sobre a vacina, influência religiosa ou familiar.

Dimensão Cultural

Sobre as ações de prevenção que os usuários e suas famílias consideravam mais importantes na prevenção da doença, para 42,15% dos usuários do Grupo 2 o isolamento é a ação mais importante. Para 20,37% dos usuários de Manaus é a higienização de mãos (lavagem das mãos e/ou uso de álcool em gel), enquanto para 62,22% do Grupo 3 consideram o uso de máscara mais importante, esta ação foi menos prevalente em Manaus (40,74%). Contudo, quando perguntados sobre a confiança nas ações de prevenção, os usuários dos Grupos 2 e 4 são os que menos confiavam nas medidas de proteção (9,09%; $p:0,05$).

Na comparação entre a Capital Manaus e o Grupo 3 de municípios com difícil acesso à Manaus, percebeu-se que: as populações do Grupo 3 têm menor acesso à água encantada que a de Manaus ($p < 0,001$) e utilizam mais fossa séptica ($p:0,004$). Em relação à ocupação, os municípios do Grupo 4 têm mais aposentados ($p:0,014$) e nove vezes mais trabalhadores rurais (OR: 9,54; $p:0,007$). Segundo os entrevistados do Grupo 3, a equipe de saúde realizou mais atividades de prevenção à Covid-19 no território comparado à Manaus ($p:0,022$). Assim como os entrevistados do Grupo 3, têm maior confiança nos profissionais de saúde e menor nas redes sociais e meios de comunicação em comparação à capital ($p:0,006$), confirmando os dados da análise descritiva. Os dados apresentados foram ajustados por sexo, idade, renda e o cuidado recebido após a infecção por Covid-19 (tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados às medidas de prevenção e controle da Covid-19 no Grupo 3 (Carauari, Manicoré e Tefé) em relação à Manaus, Amazonas.

Variável	Odds Ratio (IC 95%)	p-value
Saneamento Básico		
Água não encanada	0,10	<0,001
Esgoto Sanitário	3,86	0,004
Fossa Séptica e esgoto à céu aberto	0,76	0,754
Ocupação		
Empregado formal/assalariado	0,88	0,822
Profissional liberal/autônomo	0,78	0,652
Aposentado	6,30	0,014
Trabalhador rural	9,54	0,007
Ações de prevenção		
Não	0,34	0,022
Não sei	0,68	0,499
Redes sociais e meios de comunicação	0,28	0,006
Igreja, governantes e comunidade	0,55	0,390

Ajustado por sexo, idade e renda.
IC: intervalo de confiança

Discussão

O território líquido tem sistemas locais de saúde que são produzidos cotidianamente por saberes e práticas tradicionais, pela resistência das suas gentes, pelo trabalho real e intensivo de atores dos sistemas oficial e popular (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022).

Nesse território, a pandemia não se deu de forma homogênea, assumindo faces diferentes em cada lugar. Assim como o vírus sofreu mutações, a organização e as respostas dos serviços de saúde se deram de formas distintas, adequando-se à realidade local amazônica.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) refletem que no cenário da crise de legitimidade do Estado Brasileiro, o ponto de partida é redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção, e portanto, a reorganizar o sistema local de saúde.

Diante disso, a forte crise sanitária advinda com a pandemia de Covid-19, reforça a necessidade de aproximação do sistema de saúde dos territórios de vida da Amazônia, que se dá primeiramente no território da Atenção Básica – que nada tem de básico, pois é o componente mais complexo do sistema de saúde, no qual ciência e cultura, experiência acadêmica e experiência de vida, gestão e controle social, profissionais de saúde e usuários operam juntos.

Desta forma, os dados apontam que o papel assumido pelos municípios na dinâmica do lugar também direciona a tomada de decisão dos atores na condução da política pública de saúde. Afinal, as demandas de saúde se apresentam no lugar na maioria das vezes, no território das práticas do trabalho da Atenção Básica, ou seja, no “território do cuidado”, onde visualiza-se o diálogo entre os saberes, práticas tradicionais e serviços de saúde. Desse modo, há a necessidade de aproximação entre as equipes de saúde locais e a população.

Assim, quando o Grupo 3 afirma que os profissionais de saúde realizaram ações de prevenção à Covid-19, infere-se que as ações coadunam com as necessidades e arranjos locais, se apresentam como importante estratégia de enfrentamento na pandemia e reafirmam o papel fundamental da Atenção Básica de promover a saúde na gestão do território.

As regiões de Saúde devem conter dentre outras ações e serviços, a atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e vigilância em saúde. Segundo a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, as regiões de saúde se caracterizam como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010, p. 1).

No estado do Amazonas, o maior estado em extensão territorial da Amazônia Brasileira, as Regiões de Saúde foram pensadas, considerando, predominantemente as principais calhas dos rios, onde estão localizados os municípios e não o uso do território pela população. Assim, a Capital historicamente concentra os serviços de saúde de média e alta complexidade e, tem

produzido cuidado na lógica biomédica e no uso ampliado desses serviços de saúde, em contraponto à Atenção Básica que possui 67,28% de cobertura em 2021 (“e-Gestor AB”, [s.d.]).

Por outro lado, os demais municípios do Amazonas, onde a estrutura de saúde local tem menor “densidade tecnológica” (FERLA, 2021), observou-se o maior uso de conhecimentos tradicionais nos cuidados de saúde e, a potencialização da Atenção Básica como coordenadora e ordenadora da Rede de Saúde. Com poucos subsídios para organizar as ações de enfrentamento à Covid-19, esses municípios reorganizaram o fluxo de atendimento e as ações de prevenção, considerando os atores e equipamentos disponíveis no território. Segundo Schweickardt *et al.*,

mesmo num contexto político cuja disputa enunciativa sobre a gravidade da doença que permeou a ação do governo federal e repercutiu em estados e municípios, muitas vezes centrando respostas em procedimentos comprovadamente ineficazes e deixando vazias iniciativas embasadas na ciência e nas recomendações internacionais (SCHWEICKARDT et al., 2022, p. 25).

A lógica da prevenção não exclui a lógica da assistência, pelo contrário, são ações complementares que devem existir em todos os níveis de atenção à saúde e considerar o componente cultural como essencial no planejamento de suas ações. Tal planejamento só é possível quando se conhece a dinâmica do território, isso quer dizer, o uso do território pelas pessoas e toda potência das relações existentes. Ferla enfatiza que “as aproximações com esses territórios complexos requerem problematizar as relações saber/poder como linearidade e como colonialismo” (FERLA, 2021, p. 92).

Algumas das demandas de saúde apresentadas pela população, ultrapassam a capacidade de gestão e respostas do lugar e requerem a intervenção de outros entes federativos. Entretanto, quando se trata da Atenção Básica em “municípios de médio e pequeno porte” (OLIVEIRA, 2014), subtende-se que a proximidade das relações sociais no território e a ênfase no cuidado impregnado do componente cultural, materializadas nas ações cotidianas do serviço, favoreceu o estabelecimento de uma comunicação personalizada, e, por isso, mais efetiva, que assegurou medidas de proteção para população como o isolamento social e uso de máscara.

Nos “municípios de pequeno e médio porte” (OLIVEIRA, 2014), percebe-se que mesmo com a dificuldade de acesso aos meios de comunicação como as redes sociais, a informação

efetivamente alcançou a população. Por outro lado, na Capital, onde a população tem mais confiança nos meios de comunicação, a influência das *fake news* pode ter comprometido a credibilidade das orientações dos profissionais de saúde do território.

Um estudo de Barcelos *et al.* (2021) sobre *fake news* realizado no Brasil, destacou que, nos seis primeiros meses da pandemia de Covid-19, as informações divulgadas se caracterizaram por conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre medidas de prevenção e de tratamento. Os autores alertaram que essas notícias influenciaram o comportamento da população, prejudicando sua adesão aos cuidados comprovados pela ciência, com efeitos devastadores, já que mais de 50% da população do país acreditava nas notícias falsas.

No território líquido, cuja distância é medida pelo tempo de deslocamento, tempo da recuperação da saúde, da natureza, que se constitui no tempo da cultura para realizar as diferentes atividades de trabalho e lazer (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022), bem como muitas populações foram protegidas por medidas de bloqueio sanitário, também tiveram dificuldade de acesso às outras medidas de proteção, como a imunização, por isso Silva (2018) ressalta a importância de investimento financeiro nos serviços de saúde da região e na construção de política que leve em conta as especificidades e desafios de regionalizar a saúde na Amazônia.

O esforço da gestão em saúde deve ser de organizar um serviço local de saúde que seja dinâmico, que contemple os modos de existir de sua população, seus contextos e fluxos na produção dos cuidados em saúde, exigindo um movimento contínuo de discussão, planejamento e distribuição equânime dos recursos financeiros.

Destarte, El Kadri *et al.* (2022) reforçam a ideia de que no território líquido a ação pública deve considerar o rio não como uma barreira, mas sim como uma via pela qual o Estado Brasileiro se faz presente no cotidiano das pessoas.

Essa estrutura conceitual exige compreender os estados da Amazônia Brasileira não como unidades territoriais isoladas a partir de suas fronteiras administrativas, mas integrantes de um sistema complexo, em que as respostas de cada um às forças motrizes e pressões, bem como as mudanças no bem-estar e nos serviços de saúde, podem afetar positiva ou

negativamente os outros e vice-versa, com repercussões na saúde de suas populações (CORVALÁN *et al.*, 2010).

Embora neste estudo as entrevistas tenham sido realizadas somente com usuários da Atenção Básica de um estado da Amazônia Brasileira, a análise permitiu compreender fatores que são essenciais no planejamento e operacionalização da Política Pública de saúde nos territórios amazônicos.

Assim, como a Covid-19 embrenhou-se no território líquido, alcançando municípios de difícil acesso, as ações de saúde devem buscar nesse território aprendizados e estratégias no cotidiano dos serviços. Ampliar e aprofundar o diálogo com as populações, aproximando-se de seus modos de vida, consolidando no sistema de saúde, saberes e práticas locais como uma de suas grandes potências na produção do cuidado.

Referências

BRASIL. **L8080**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL, M. DA S. **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 (SUS)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL, M. DA S. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta**. p. 53, 2 dez. 2011.

BRASIL, M. DA S. **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)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 28 maio. 2022.

BRASIL, P. DA R. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CORVALÁN, C. *et al.* (EDS.). **Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil: uma análise através de indicadores**. 1ª edição ed. Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde - Representação no Brasil : Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.

DE BARCELOS, T. DO N. *et al.* Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. e65, 9 jun. 2021.

e-Gestor AB. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 29 set. 2022.

EL KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; FREITAS, C. M. DE. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 8 ago. 2022.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81–94, 30 dez. 2021.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1171–1181, jun. 2006.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação. Referência em 1º de julho de 2021.** , 2021. . Acesso em: 10 jul. 2021

OLIVEIRA, J. A. DE. A invenção geográfica da Amazônia. **Revista GeoUECE**, v. 3, n. 5, p. 184–197, 2014.

PLANIFICA SUS, I. I. DE R. S. A. E. **e-Planifica. A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <<https://planificasus.com.br/index.php>>. Acesso em: 28 maio. 2022.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional.** 5. ed ed. São Paulo: EDUSP, 2008.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas.** 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2015.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela COVID-19 no Estado do Amazonas? Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. DE S.; FERLA, A. A. **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes.** Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SILVA, I. M. DA. Territorialidades das Políticas Públicas de HIV/AIDS: descentralização e regionalização da saúde no Alto Solimões. 25 jun. 2018.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 7, n. 2, p. 7–28, jun. 1998.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. 2008.

6 Transformações sociais nos territórios Amazônicos em tempos de pandemia

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Tânia Aparecida de Araujo
Ivamar Moreira da Silva
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Júlio Cesar Schweickardt

Resumo

Objetivo. Identificar as mudanças sociais produzidas pela pandemia de Covid-19 para a população nos territórios Amazônicos. *Métodos.* Estudo transversal, desenvolvido a partir de 385 entrevistas de usuários das unidades de Atenção Básica à Saúde em 12 municípios do Amazonas. *Resultados.* Evidenciamos que a faixa etária de 40 a 49 anos (23,91%) foi predominante entre os entrevistados, assim como pessoas do sexo feminino (67,01%), pardos (78,44%), casados ou que vivem com o companheiro(a) (54,55%), nível médio completo/incompleto (48,83%), renda de até um salário-mínimo (51,69%). Entre homens e mulheres, cerca de 83,46% dos homens tiveram Covid-19 ou alguém da família e 74,03% das mulheres. Também indicaram que uma das maiores dificuldades na pandemia foi o acesso ao alimento e que os aprendizados versaram sobre o cuidado com a saúde e a valorização da família. *Conclusões.* As transformações sociais nos territórios pesquisados se materializaram, dentre outras dimensões, na organização e solidariedade presentes nas comunidades para transpor as dificuldades encontradas no território.

Palavras-chave: Covid-19; Atenção Básica, Condições Sociais, Transformações Sociais, Território amazônico.

Introdução

As epidemias e, em particular as pandemias, como a Covid-19 apresentam múltiplas facetas (social, econômica, política, cultural) que interagem entre si e se autodeterminam, não sendo possível, portanto, sua análise isolada. Mesmo distante de ser um agravo restrito aos estratos mais pobres da população, a Covid-19 cobrou seu preço desse segmento, pois articulou a aguda crise sanitária à crise política e econômica que assolava o Brasil e se agravou na adoção dos preceitos neoliberais.

Em uma sociedade onde os “sem direitos” são esquecidos e invisibilizados, a Covid-19 foi mais um desafio que se juntou a tantos outros para aqueles que têm urgência, pois o acesso a alimentos, moradia, trabalho e renda, segurança, educação e saúde já se configuravam como lutas cotidianas, esse era o “normal”.

Assim, reconhecer que a pandemia emerge de uma crise do Capital de longa progressão que vem destruindo a economia, os sistemas ecológicos e a população (GRANEMANN; MIRANDA, 2020; SANTOS, 2021), pressupõe também reconhecer que esta é produto de uma sociedade em que interesses inconfessáveis grassam as políticas mitigadoras das desigualdades utilizadas no combate ao vírus.

Muitas lições já haviam sido aprendidas e apreendidas de outras pandemias, dentre elas: a disseminação de um vírus através de deslocamentos humanos e o processo de desterritorialização; a vulnerabilidade da população ao vírus decorrente da pobreza e da degradação ambiental; a relevância da produção de informações e conhecimentos confiáveis; as características geográficas dificultam, mas não impedem o avanço vírus.

Havia evidências disponíveis sobre a complexidade de uma pandemia, sua dinâmica, riscos e instabilidade. Mesmo assim, a Covid-19, emergiu na China, cruzando rapidamente as fronteiras do mundo globalizado, chegando ao Brasil e ao Estado do Amazonas, com núcleos urbanos, situados às margens dos rios ou das estradas, asseguram o suporte de serviços à população (BECKER, 2013; OLIVEIRA, 2006).

Com a pandemia, muitos países, contrariando as condições para a reprodução do capital, fecharam suas fronteiras aéreas e terrestres na tentativa de conter o avanço do vírus. Em meio

à crise política, discursos exaltados de direita e esquerda despontavam, sinalizando que as respostas à Covid-19 são produto de formações políticas, ideológicas e sociais e que, a apologia ao direito de “ir e vir” escondia duas grandes ameaças à humanidade: a) à velha barbárie enraizada no anseio de dominação e sujeição do outro e manifesta na xenofobia, no racismo e guerras; b) à barbárie fria e gélida fundada no cálculo e lucro (MORIN, 2020).

Em um cenário que oscilava entre imagens imprecisas e enganosas, extremos de negação e pânico, foi observada a ausência de uma coordenação nacional coerente que apresentasse uma imagem precisa da pandemia e estratégias para o seu enfrentamento. Ademais, com o agravamento das várias crises que coexistiam no Brasil, a crise sanitária ratificou que era preciso estar atento não somente ao vírus e suas mutações, mas, sobretudo, às pessoas que em seus vários cenários são atores principais no enfrentamento da pandemia e seu curso futuro.

Neste contexto, a incerteza e o isolamento evidenciaram que as desigualdades se manifestam não apenas entre países, regiões, mas também entre os municípios de um mesmo estado. Em meio a imensidão da floresta e dos rios amazônicos, pequenos municípios, comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas foram alcançadas pela Covid-19 e desafiadas a proteger a saúde de sua população.

Destarte, assim como a pandemia gestou possibilidades para pensar o destino da humanidade (MORIN, 2020), no Amazonas foi preciso mobilizar esforços para ir além do aparente e engendrar práticas e mudanças sociais a partir de condições objetivas de existência em territórios únicos, “onde as raízes caboclas estão fincadas no chão e teimam em permanecer” (OLIVEIRA, 2014, p. 188), superando os limites impostos pelo vírus.

Decerto que os territórios não são iguais, pelo contrário, apresentam realidades diferentes e, no caso da pandemia, demandas de saúde com respostas distintas, evidenciando que as intervenções mais complexas são aquelas que se fazem nos lugares (SOUZA, 2004), pois é lá que a população vive.

Na “floresta urbanizada” (BECKER, 2013), a experiência do isolamento imposto pela pandemia não se deu de forma homogênea para todos. Quantos suportaram esse período na pobreza? Quantos não tiveram acesso ao mínimo essencial para a existência, como por exemplo, o oxigênio? Quais as redes de solidariedade que se estabeleceram e cruzaram a

floresta e os rios do Amazonas fazendo a diferença entre a vida e a morte? Quais os aprendizados da pandemia?

Considerando que os processos de adoecimento pela Covid-19 se deram efetivamente no território na atenção básica à saúde, em uma realidade, onde há predomínio dos serviços na capital do estado, onde o deslocamento se faz predominantemente por via fluvial ou aérea, este trabalho busca identificar as mudanças sociais produzidas pela pandemia de Covid-19 para a população nos territórios Amazônicos.

Métodos

Estudo transversal, desenvolvido com base em dados quanti-qualitativos selecionados de entrevistas realizadas no estudo de campo do projeto “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE: 51941321.4.0000.5020 e parecer nº 5.137.547.

Foram entrevistados 385 usuários das unidades de Atenção Básica à Saúde, entre dezembro de 2021 a maio de 2022. Amostra intencional, calculada considerando o tamanho da população 2.962.494 pessoas (somatório da população estimada dos 12 municípios participantes), nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Os critérios de inclusão foram: usuários da Atenção Básica, na faixa etária de 18 anos ou mais e que aceitaram participar da pesquisa. E o critério de exclusão: população indígena aldeada.

Os entrevistados foram abordados nas Unidades Básicas de Saúde de 12 municípios do estado do Amazonas, são eles: Manaus (capital), Boca do Acre (alto rio Purus), Carauari (médio rio Juruá), Iranduba (rio Amazonas e rio Negro), Itacoatiara (médio rio Amazonas), Manacapuru (rio Solimões e rio Negro), Manicoré (rio Madeira), Parintins (baixo rio Amazonas), Presidente Figueiredo (entorno de Manaus na BR 174), Tabatinga (alto rio Solimões), São Gabriel da Cachoeira (alto rio Negro) e Tefé (médio rio Solimões).

As variáveis do estudo são: faixa etária; sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade; religião; rendimento familiar; acesso ao auxílio governamental para traçar o perfil dos entrevistados; e, mudanças na família; dificuldades em relação ao emprego/trabalho; acesso à educação; superação de dificuldades; aprendizados da pandemia para refletir as transformações sociais ocorridas na pandemia de Covid-19.

A associação entre as variáveis de exposição com a variável dependente (Covid-19) foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado. Adotou-se nível de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas no pacote Stata 14.0. Os resultados estão organizados em três seções: a) Condições Sociais e Covid-19; b) Transformações Sociais e Covid-19; e c) Aprendizados na pandemia.

Resultados e discussão

Condições Sociais e Covid-19

Olhar para as situações de saúde de uma população requer uma visão mais ampla sobre saúde, ou seja, compreender que ela pode ser afetada ou produzida a partir das condições sociais – do local de habitação, da escolaridade, da infraestrutura sanitária, da insegurança alimentar, do emprego, da pobreza – e de outros parâmetros socioeconômicos.

O perfil dos entrevistados evidenciou predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos (23,91%), sexo feminino (67,01%), pardos (78,44%), casados ou que vivem com o companheiro(a) (54,55%), nível médio completo/incompleto (48,83%), renda de até um salário-mínimo (51,69%), a maioria afirmou possuir religião, sendo católica (47,53%) e evangélica (43,12%), as mais frequentes (tabela 3). Entre homens e mulheres, cerca de 83,46% dos homens tiveram Covid-19 ou alguém da família e 74,03% das mulheres (p:0,038).

As características indicadas por Santos *et al.* (2021) acerca de que brasileiros de baixa renda, pouca escolarização, pretos, pardos, mulheres fora do mercado de trabalho e famílias numerosas ficaram em situação de maior vulnerabilidade alimentar e nutricional, foram confirmadas na realidade do Amazonas.

Tabela 3. Perfil dos entrevistados.

Variáveis	Total	
Faixa etária	n	%
18 a 29 anos	83	21,56%
30 a 39 anos	83	21,56%
40 a 49 anos	92	23,90%
50 a 59 anos	60	15,58%
60 anos ou mais	46	11,95%
70 anos ou mais	21	5,45%
Total Geral	385	100,00%
Sexo		
Masculino	127	32,99%
Feminino	258	67,01%
Total Geral	385	100,00%
Como você declara sua raça ou cor?		
Branca	39	10,13%
Parda/Morena	302	78,44%
Preta/Quilombola	13	3,38%
Indígena	28	7,27%
Amarela/Asiático	3	0,78%
Total Geral	385	100,00%
Estado Civil		
Casado/Vive junto/Amasiado/Amigado	210	54,55%
Solteiro	147	38,18%
Divorciado	13	3,38%
Viúvo	15	3,90%
Total Geral	385	100,00%
Escolaridade		
Sem escolaridade	15	3,90%
Fundamental (incompleto ou completo)	104	27,01%
Médio (incompleto ou completo)	188	48,83%
Superior (incompleto ou completo)	66	17,14%
Pós-graduação (incompleto ou completo)	12	3,12%
Total Geral	385	100,00%
Ocupação		
Desempregado	138	35,84%
Empregado formal/assalariado	119	30,91%
Profissional liberal/Autônomo/Microempreendedor	56	14,55%
Aposentado	47	12,21%
Trabalhador Rural	25	6,49%
Total Geral	385	100,00%
Religião		
Católica	183	47,53%
Evangélica	166	43,12%
Espírita	1	0,26%
Matriz Africana (Candomblé, Umbanda)	3	0,78%
Não tenho religião	27	7,01%
Outra	5	1,30%

Total Geral	385	100,00%
Rendimento mensal do lar (em salários-mínimos contando todos os moradores)		
Até 1 salário-mínimo (R\$1.192,40)	199	51,69%
Entre 1 e 2 salários-mínimos (de R\$1.192,40 a R\$2.384,80)	94	24,42%
Entre 2 e 3 salários-mínimos (de R\$2.384,80 a R\$3.577,20)	31	8,05%
Entre 3 e 4 salários-mínimos (de R\$3.577,20 a R\$4.769,60)	14	3,64%
Mais que 4 salários-mínimos (R\$4.769,60 ou mais)	11	2,86%
Prefiro não declarar	36	9,35%
Total Geral	385	100,00%
Das alternativas a seguir, qual melhor descreve a renda da sua família?		
Às vezes é suficiente para todas as despesas	161	41,82%
Nunca é suficiente para todas as despesas	153	39,74%
Sempre é suficiente para todas as despesas	71	18,44%
Total Geral	385	100,00%

É inegável a importância dos dados (número de infectados, mortos, de leitos, vacinados, etc.) para leitura da pandemia, mas não é suficiente. Construir novos caminhos pós-pandemia, debater sobre a emergência sanitária e a condição social das famílias em tempos de Covid-19 no Amazonas remete, necessariamente, ao “desenvolvimento geográfico desigual”¹⁷ (HARVEY, 2000) que aqui predomina, perpetuando problemas que parecem insolúveis e deixando cidadãos à espera de benefícios que tardam a chegar.

Reconhecer essa realidade, traz luz à informação indicada pela maior parte dos entrevistados quanto ao fato de que a renda familiar que possuem “às vezes é suficiente para todas as despesas” (41,82%) ou “nunca é suficiente para todas as despesas (39,74%)”. Decerto que, no Amazonas, essa não é uma questão estrita aos tempos de pandemia, mas é um aspecto que refletiu diretamente na falta de alimentos na casa do amazônida, principal dificuldade apresentada pelos entrevistados, somada às lutas já vivenciadas pela população.

Contrapondo-se às abstrações divulgadas nas redes sociais sobre o prazer de cozinhar, grande parte da população do Amazonas poderia ser incluída nos resultados do estudo de Santos *et al.* (2021) sobre a pandemia de Covid-19, quando se constatou que a “falta de acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente pode causar sérias consequências” (SANTOS *et al.*, 2021, p. 2), como o aumento da taxa de mortalidade das populações expostas

¹⁷ A Teoria do desenvolvimento geográfico desigual compreende que a dinâmica da acumulação do capital pode alterar o espaço e as formas de espacialidade, gerando desigualdades entre os territórios. “Os desenvolvimentos geográficos são fortemente influenciados pela acumulação do capital, pela ação do homem na natureza, pela busca de redução do tempo de giro do capital e pelos conflitos territoriais em diferentes escalas geográficas” (HARVEY, 2000, p. 75).

a tal condição. O agravamento da falta de alimentos na mesa dos amazonenses não se deve apenas à conjuntura pandêmica, mas a uma conjunção de fatores que, no Amazonas, envolve desde a mudança nos padrões alimentares das populações locais, com a introdução de alimentos industrializados; o avanço da especulação imobiliária, e, conseqüentemente, a redução dos quintais que outrora possibilitaram às famílias a criação de animais e o cultivo de alimentos comuns na dieta do amazônida; a invasão das terras demarcadas e das reserva de proteção ambiental, contribuindo com o desmatamento; aumento do agronegócio em detrimento da agricultura familiar; a austeridade fiscal que tem comprometido as políticas sociais.

Os estudos de flexor (2021) e da Rede PENSSAN (2021) evidenciam que a insegurança alimentar está relacionada às crises econômicas e às condições de ocupação da população, em particular dos grupos em situação de vulnerabilidade social. Dentre os entrevistados, 35,84% estavam desempregados e 30,31% tinham vínculo de trabalho formal. Considerando que a redução dos rendimentos das famílias está diretamente relacionada à segurança alimentar das mesmas e que 51,69% dos entrevistados informaram ter um rendimento mensal de até 1 salário-mínimo, fica evidente o porquê tantos tiveram que conviver com a fome em tempos de Covid-19.

A maior prevalência de pessoas que não tiveram Covid-19 foi entre os desempregados (71,74%) e aposentados (69,09%) ($p:0,01$). Entre aqueles que tiveram Covid-19 foi de assalariados (88,24%) e profissional liberal (72,00%). Como bem demonstra os dados, os trabalhadores precisaram se arriscar ao saírem para suas atividades laborais, a fim de manter o trabalho e a renda. Contraditoriamente, os desempregados se mantiveram em isolamento, mas continuaram desprovidos de renda, dependendo do auxílio de familiares, vizinhos e da comunidade para garantir um uma refeição diária, como discorre o Usuário 44 de Carauari “os irmãos arrecadaram rancho [cesta básica] e distribuíram para mim e para algumas famílias (...) assim não passei fome”.

Desta forma, as medidas de isolamento ao mesmo tempo em que asseguraram a diminuição da exposição ao risco de infecção viral, evidenciaram a segregação e reforçaram as desigualdades a que a população se encontra exposta em seu cotidiano.

Transformações sociais e Covid-19

A transformação social corresponde a mudança na organização da população de um território, nas instituições sociais, nos comportamentos e nas relações, a partir da necessidade de adaptação que afeta o paradigma civilizatório de uma sociedade.

Uma das grandes transformações sociais se deu na mudança do feudalismo para o Capitalismo. Este último, um sistema que se reestrutura a cada crise, a partir de um projeto ideopolítico, que tem em suas bases na opressão da classe trabalhadora e na luta de classes (MARX; ENGELS, 2017). Já que a sociedade capitalista, ao buscar a “reprodução ampliada do capital, rasga quaisquer véus sentimentais ou ilusões que poderiam envolver os homens em sociedade, já que reduz as relações sociais a relações mercantis, a relações monetárias” (ANDRADE, 2017, p. 43).

Desta forma, a situação de emprego e renda da população tem sua origem na crise do capital, contudo, percebeu-se o agravamento dessa situação durante a pandemia. Dentre os entrevistados, aqueles que mantiveram o trabalho, mas com modificações de carga horária e salário, tiveram maior prevalência de Covid-19 (85,07%) e a prevalência da doença em relação aos que não tiveram, dentre aqueles que já estavam desempregados e não conseguiram emprego durante a pandemia foi de 80,43%. Dentre os que foram demitidos ou tiveram que fechar o seu empreendimento 76,84% tiveram Covid-19 e a menor prevalência de Covid-19 (73,45%) foi entre os que não tiveram dificuldade em relação ao trabalho, pois exerceram suas atividades remotas e conseguiram se proteger (p: 0,256).

Os entrevistados sem escolaridade (50,42%) não tiveram dificuldade no trabalho, mas 26,05% foram demitidos; com ensino médio (44,68%) não tiveram dificuldade e 25,53% delas foram demitidas; e com ensino superior (48,31%) não tiveram dificuldade (29,49%), mas afirmaram que tiveram redução de carga horária e salário (20,52%). Com ensino superior observou-se mais pessoas com redução de carga horária, salário e desemprego (p: 0,051).

Sobre as mudanças financeiras, os que afirmaram ter havido mudanças nessa área tiveram menos Covid (70,40%) e quem não teve mudança apresentou maior prevalência da

doença (80,38%) ($p:0,029$). É possível inferir que a mudança de ficar em casa preveniu Covid-19?

A questão do isolamento e distanciamento social, contribuiu para situação de vulnerabilidade, principalmente no que tange ao acesso aos alimentos de boa parte da população brasileira (SANTOS *et al.*, 2021). Argumento ratificado nos estudos de Ribeiro-Silva *et al.* (2020) e Alpino *et al.* (2020), principalmente porque o governo brasileiro demorou a tomar medidas a fim de mitigar os efeitos da pandemia na situação de alimentação e nutrição das famílias.

Os dados também indicaram que entre os desempregados, 76,09% receberam auxílio governamental e 23,91% não receberam; e entre os autônomos, 66,07% receberam e 33,93% não receberam ($p<0,001$). O Auxílio Emergencial, destinado aos trabalhadores informais (autônomos ou por conta própria) e microempreendedores individuais, foi considerado pelos autores um importante fator na tendência de diminuição da insegurança alimentar mais acentuada naqueles domicílios com menor número de moradores e com dois trabalhadores ou mais (SANTOS *et al.*, 2021).

Contudo, muitos grupos da agricultura familiar – que já viviam em condições de pobreza – e suas cadeias de produção e comercialização foram afetadas fortemente, levando esses grupos a intensificação da vulnerabilidade social (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020). As interrupções nas cadeias alimentares alteram os meios de subsistência dos agricultores familiares, assim como a produção e disponibilidade de alimentos. Outros estudos acrescentam a esses aspectos os agricultores familiares, de um lado, condena parte dessa população a situações precárias de vida e, de outro, põe em risco o abastecimento alimentar (ALPINO *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020) destacam o impacto da pandemia nas cadeias produtivas e na economia familiar no Amazonas, com perda de produtividade e da redução da renda familiar. Os autores descrevem que a atual crise pandêmica evidenciou as vulnerabilidades das comunidades tradicionais devido às estruturas regionais, nas quais os municípios concentram de forma desigual a infraestrutura básica e acabam sendo os principais locais de comércio para onde os produtos são escoados.

O Movimento Sem Terra, que atua fortemente na agricultura familiar, de forma solidária fez mobilização para distribuição de alimentos nos centros urbanos. Foram doadas 6 mil toneladas de alimentos e 1.150.000 marmitas para pessoas e famílias inteiras em situação de fome em todas as grandes regiões do país (FURTADO; ALCÂNTARA, 2022).

Outra condição social se refere à moradia e ao trabalho. Santos (2020) chama atenção para outras condições sociais presentes na sociedade brasileira. Como os moradores nas periferias pobres das cidades, sem infraestruturas nem saneamento básico, trabalhadores informais poderiam cumprir as regras de prevenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde?

Os vendedores ambulantes, os motoristas de aplicativo, os pedreiros, as diaristas, cuja sobrevivência dependente do relacionamento com pessoas e sem proteção social, foram afetados quando tentaram trabalhar se expondo ao vírus, por não terem clientes com o isolamento social e, conseqüentemente, por não terem dinheiro para alimentação ou para comprarem desinfetantes, máscaras, álcool para se protegerem (GUEDES *et al.*, 2019).

E a situação da população de rua? Sem ter um lugar para ficar, como fariam o tal isolamento social? Leal *et al.* (2022) aponta que a prática do cuidado às pessoas em situação de rua, precisa implicar a própria percepção do que é saúde em sua concepção mais ampla e profunda, considerando seu perfil heterogêneo, sua existência repleta de estigmas, que carrega consigo, a marca do preconceito e da violação histórica e estrutural de direitos. Longe de desconsiderar o viés clínico, espera-se que a prática do cuidado dessas populações deve incorporar ações intersetoriais e respeitem com sujeitos de direitos que são. Isso de fato constitui um desafio, mas não, é, em absoluto, intransponível.

Natalino (2020) informa que essa população aumentou durante a pandemia, devido a desaceleração da economia, mesmo que quisessem sair das ruas, não há abrigos públicos suficientes, além disso o acesso à água e alimentos ficou mais difícil, já que muitos retiravam de lixeiras dos restaurantes fechados. O autor salienta a necessidade urgente de estratégias para acolher essa população.

Para Leal *et al.* (2022) embora a estratégia de isolamento tenha se constituído uma das principais estratégias de enfrentamento da Covid-19 em Manaus, a articulação entre as Secretarias de Saúde, OSC e Pastoral da Igreja Católica implantou pontos de acolhimento em

diferentes áreas, onde a população tinham acesso aos serviços de higiene, alimentação e orientação sobre a doença, podendo conforme sua decisão, permanecer nos seus locais de vida, fora do isolamento (praças, esquinas, ruas, becos, feiras e mercados) ou ir para abrigos.

Entre os meses de janeiro a dezembro de 2020, foram realizados cerca de 4.889 procedimentos pelas equipes do Consultório na Rua de Manaus, cujas ações integram fortemente as áreas de atenção e vigilância como: vacinação, diagnóstico e tratamento para tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, além da referência dos usuários para outros níveis de atenção e testagem, acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados de coronavírus (LEAL *et al.*, 2022).

Pensando na realidade do Amazonas, depreende-se que na pandemia alguns poucos certamente configuraram guetos de opulência, com disponibilidade de profissionais, insumos e equipamentos em regime domiciliar. Porém, para grande parte da população, a “rua” que outrora era o espaço da vida, do trabalho e do consumo, fragmentou-se rapidamente no espaço da doença e da morte. O que restava fazer? Cumprir o isolamento e a quarentena em espaços pequenos, onde a água na torneira ou a comida na mesa nem sempre era uma realidade? Manter o pequeno comércio aberto, continuar a “fazer bicos”, pois o dinheiro é escasso e a possibilidade de fazer estoque de alimentos é inviável? Dilemas patentes em tempos de pandemia, demonstram que “ficar em casa” em situação de privação pode trazer riscos não somente para a vida, mas para a condição humana. O cenário de desigualdades, apontado em vários estudos, evidencia que as medidas da Política de Assistência Social como os programas de transferência de renda, andaram em descompasso com as medidas econômicas e sanitárias.

O (des)comando do Governo Federal, além de confundir a população, fez com que os estados tomassem medidas sanitárias sem, ou, pouco considerar as implicações sociais que viriam como consequência. Ao mesmo tempo, em que os estados economicamente mais pobres – principalmente do Norte e Nordeste – não tinham condições de implementar programas sociais (com algumas exceções) que demandassem os recursos já escassos, focalizados na ampliação de leitos hospitalares, transporte sanitário para cobrir as longas distâncias, compras de insumos e reorganização da atenção primária à saúde.

A pandemia de Covid-19 afetou a vida das pessoas de várias formas. Os entrevistados que tiveram mudanças relacionadas à família, como retorno para casa dos pais/parentes por questões financeiras, a responsabilidade pela criação de crianças e adolescentes por óbito ou

sequela de Covid-19 dos pais ou ainda por ter ficado com sequela permanente devido à doença, tiveram maior prevalência de Covid-19 (82,40%). Uma entrevistada relatou: “Muita coisa mudou, sem o meu marido, a falta dele dói. Você entra dentro de casa vê só seus filhos e não vê seu marido é muito difícil” (Usuária 24, Boca do Acre, 58 anos).

É inegável, o impacto que as famílias tiveram durante a pandemia, seja por perda de familiar, seja pela absorção de novas responsabilidades com a chegada dos “órfãos da pandemia”, mesmo sem condições emocionais e financeiras. Muitas dessas famílias, improvisaram espaços e reorganizaram suas rotinas de trabalho para acolhê-los.

Sobre o acesso à educação, os dados indicaram menor prevalência de Covid-19 naqueles que não tiveram acesso às aulas (68,97%) e maior para aqueles que tiveram aula presencial ou híbrida (82,08%) ($p < 0,003$).

No que tange a educação, a suspensão das aulas foi uma medida importante para o enfrentamento ao vírus, ao passo que trouxe novos modos de fazer o processo de ensino-aprendizagem e com isso, professores e alunos se adaptaram ao novo, a fim de minimizar os impactos educacionais.

No Amazonas, uma das estratégias utilizadas, principalmente em áreas de difícil conexão de internet, foi o projeto “Aula em casa” desenvolvido pela Secretaria de Educação da capital e do Estado, que ofertou conteúdos na TV aberta para alunos da rede pública. Esse projeto se tornou referência para outros estados (FERLA *et al.*, 2022).

Aprendizados na pandemia de Covid-19

A pandemia de Covid-19 também oportunizou a busca por soluções possíveis nos territórios Amazônicos e aprendizados para sua população. A organização comunitária e a articulação entre as instituições presentes no território, principalmente das Unidades de Saúde e Igrejas, foi essencial na superação de dificuldades. Os entrevistados relataram que:

A gente se ajudou entre todos nós, por isso que a gente combateu essa parte da pandemia. Ninguém ficou quieto não, todo mundo procurou remédio de qualquer

outro lugar (...) valorizou a nossa comunidade e nós vamos se manter com esse remédio caseiro (...) fechou a comunidade (Usuário 5, São Gabriel da Cachoeira, 56 anos)

Houve na igreja, conversaram com as pessoas, para orientar e teve doação de coisas assim, de rancho [cesta básica], teve teste rápido, que eles fizeram também (...) foi o jeito que isso teve na comunidade (Usuário 240, Itacoatiara, 57 anos)

Nesta, como em outras pandemias, ficou evidente que a solidariedade criou uma teia de relações que assegurou provimento de serviços e insumos essenciais em tempos de emergência. Foi no cotidiano dos territórios pesquisados que a pandemia foi vivida e é lá que a população local, com sua maneira de ser e sentir, criou ou fortaleceu laços para responder ao novo desafio que se lhe apresentara, seja com o remédio caseiro, com a cesta básica ou com a viabilização do teste rápido.

Num mundo onde o homogêneo se impõe e as redes, bem como a técnica têm papel central (SANTOS, 2008), os entrevistados sinalizaram que, no Amazonas, há marcas daquilo que resiste à adoção mimética das diretrizes internacionais e nacionais, reafirmam que cada lugar é tecido por relações sociais que se realizam no plano do vivido. Nesse sentido, os municípios amazônicos são frutos da ação de pessoas reais que vivem lá – em Boca do Acre, São Gabriel da Cachoeira, Manicoré e nos demais municípios pesquisados – local onde resistiram e tiveram suas vidas marcadas pela Covid-19.

O movimento de fortalecimento da gestão comunitária para o combate à epidemia nesses territórios surgiu como resultado da resistência e da luta que emergiu das novas relações sociais estabelecidas como condição para reprodução da vida de pessoas fincadas como árvores ao seu lugar e incapazes de ceder.

Neste movimento, o papel desempenhado pelos líderes comunitários ou religiosos, agentes de saúde, cuidadores populares e outros atores é essencial, no diálogo com os diferentes territórios ao abordar os problemas existentes na comunidade, ao mesmo tempo em que mobilizam a população na busca por soluções.

A articulação da comunidade para que todos pudessem ter acesso aos “remédios caseiros”, como sinalizou um entrevistado, evidencia que a pandemia trouxe a ressignificação do conhecimento tradicional, reafirmando que o território é visualizado como o espaço de mobilização, organização, luta e resistência política (SAQUET, 2015).

Desta forma, é possível afirmar a potência de comunidades e grupos sociais que compreenderem as diferenças sociais e a ideia de que condições desiguais desencadeiam respostas desiguais às crises de saúde. A estratégia coletiva também fortalece a ampliação da coesão e solidariedade do grupo, bem como a realização de rituais de defumação, preparos de plantas medicinais, rezas e benzimentos em espaços coletivos para proteção de pessoas e espaços comunitários. Práticas culturais, muitas vezes “esquecidas”, na sociedade atual (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2022).

A possibilidade de manter o conhecimento tradicional em diálogo com saberes das equipes de saúde locais, possibilitou a aproximação com a população e contribuiu na redução da resistência às medidas sanitárias como distanciamento social e uso de máscaras, como sinalizam os entrevistados.

UBS que fazia visita na casa das pessoas que tinham COVID e das pessoas que tinham dificuldade para ir procurar um posto médico (Usuário 26, área urbana de Manaus, 42 anos)

Quando aconteceu tudo isso, a comunidade se isolou (...) [os comunitários] foram com os idosos, foram orientados a ficar mais em casa, porque sabe que idoso sai muito, né? (Usuário 81, área rural de Manaus, 41 anos)

As falas indicam a presença das equipes de saúde nos territórios, evitando o fechamento da agenda dos serviços com atendimentos específicos. Esse cuidado traduz vínculo e acolhimento com a população, um movimento de desburocratização essencial para o diagnóstico precoce da Covid-19 e adoção das medidas profiláticas requeridas por cada caso. Evidencia ainda que, nos territórios amazônicos, a atenção básica, dentre as possíveis portas de entrada do sistema, assumiu papel estratégico no combate à pandemia, configurando-se como “fonte regular de atenção” (STARFIELD, 2002) utilizada durante esse período.

Como dinamizadora do cuidado, a Atenção Básica, por meio da presença das equipes no território e dos serviços de prevenção e controle da Covid-19, configurou-se como fonte de assistência e elo com outros serviços, mantendo a credibilidade e confiança recíproca com a comunidade.

O protagonismo desses atores, mesmo em cenários de infraestrutura precária, com equipes incompletas, falta de equipamentos e insumos, sem dúvida, é caminho para projetos de transformação social. Assim, mesmo reconhecendo que ainda existam lacunas no SUS, há de se exaltar que o sistema assegurou o atendimento majoritário da população durante a pandemia, sem o qual os municípios pesquisados seriam relegados ao caos.

Considerando que os ritmos dos territórios e das pessoas não são iguais, pois cada pessoa ou grupo social vive, percebe, sente e dá sentidos aos territórios a partir das condições materiais e imateriais existentes em cada lugar. Constatamos que entre os entrevistados, 60,60% dos homens e 65,50% das mulheres falaram que no período pandêmico aprenderam a valorizar amigos e família. E 29,92% dos homens e 25,19% das mulheres que o maior aprendizado foi cuidar mais da saúde. Além disso, no momento do isolamento social, houve a oportunidade de iniciar uma nova atividade, aprender algo novo e realizar atividade física, como enfatizam as falas a seguir:

Eu fui tirar minha carteirinha de artesanato né, eu tenho esse tapete, eu faço meu artesanato assim jarro, assim foi isso aí para entreter a gente né, aí eu sei fazer essas coisas. Eu vendo, às vezes tapete, eu faço e é bom, e eu gosto. Porque pelo menos, toma o tempo da gente, se a gente não vai para a rua fazer algo, a gente está tecendo. Eu estou trabalhando (Usuário 312, área urbana de Manaus, 51 anos)

Deu oportunidade de você ver o mundo de uma forma diferente, cuidar muito mais da família, dos cuidados que devemos ter com a saúde, buscar uma prática esportiva para fortalecer o organismo, né? Buscar uma alimentação mais saudável, né? E todos esses cuidados que a partir da pandemia, houve uma mudança no comportamento geral do povo (Usuário 47, Carauari, 54 anos)

Resgatou em mim o meu lado humanitário de ajudar as pessoas. Realizei muitos trabalhos voluntários nesse período e pretendo continuar (Usuário 5, Tefé, 20 anos)

Sem dúvida a pandemia configurou-se como um período fértil para repensar o projeto de humanidade, como sinaliza Krenak, não podemos voltar à “normalidade, pois se voltarmos é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro. Aí, sim, teremos provado de que a humanidade é uma mentira” (KRENAK *et al.*, 2021, p. 22).

Os municípios pesquisados, se considerados apenas por seu porte ou dinâmica econômica, parecem não ter importância nenhuma em relação a pandemia. Contudo, esses

territórios retratam o vivido daqueles que os constroem (OLIVEIRA, 2000) e para quem ser artesão, cuidar da saúde, cultivar os vínculos familiares e desenvolver trabalhos humanitários são aspectos importantes na construção da vida pós pandemia.

São esses sujeitos, nascidos na beira dos rios Solimões, Negro, Amazonas, Madeira, Juruá, que mesclam os tempos lentos de uma vida ribeirinha amazônica com as nuances dos tempos rápidos impostos pela modernização que os alcança.

Considerações Finais

A pandemia de Covid-19 atingiu o mundo de forma desigual. A informalidade, o desemprego, os que estão em situação de rua, os imigrantes, a insegurança alimentar, evidenciou as desigualdades socioespaciais a que muitos estão relegados no país.

O avanço da Covid-19 impôs à população uma face obscura desse momento histórico: a contagem dos mortos, a precariedade do sistema de saúde, a falta de oxigênio, o luto das famílias, a peregrinação nas unidades de saúde, os apressados enterros coletivos, a frágil articulação dos entes federativos, as *fake news*, o vazio e a solidão.

A abordagem das transformações sociais está fortemente associada à economia e ao trabalho, uma vez que são afetadas pela lógica capitalista e pelo modelo neoliberal. Neste sentido, ao analisar as mudanças ocorridas sem considerar contexto econômico, político e da condição social da população, pode-se incorrer no risco de não se ver as possibilidades de transformação da sociedade, ainda que essa transformação seja em pequenos grupos sociais. Pois, para enxergar as possibilidades de transformação social é necessário um olhar ampliado, incluindo os aprendizados da pandemia e como os coletivos se organizaram para transpor as dificuldades encontradas no território. Dificuldades essas que, muitas vezes apareceram, por falta de políticas públicas de qualidade ou pela falta do governo em operacionalizar as políticas públicas já existentes, assegurando os direitos sociais da população no momento da pandemia.

Retomando as questões iniciais enunciadas neste artigo, podemos considerar algumas respostas. A primeira é de que a maior parte dos entrevistados tinham rendimento mensal de

até um salário-mínimo que, muitas vezes, era insuficiente para cobrir as despesas, refletindo, principalmente, na falta do alimento na mesa, suportando, portanto, a pandemia na pobreza e/ou em situação de extrema vulnerabilidade social, sem acesso ao mínimo necessário para a existência.

A segunda é de que as condições geográficas dos municípios pesquisados (à exceção de Manaus) trouxeram dificuldades relacionadas ao acesso de alta complexidade (e também ao oxigênio), mostrando a importância da atenção básica, que nesse momento, se tornou quase a única opção e precisou ser efetivamente integral. Nesse sentido, nos territórios amazônicos, com as especificidades culturais e condições impostas em grande parte por sua localização, que a população, muitas vezes, não teve serviços, profissionais e insumos de saúde de que precisa, não tem acesso à renda, à moradia digna, à água encanada. Nesses territórios, o amazônida precisou fazer escolhas cotidianas entre cumprir o isolamento, comprar álcool em gel, máscaras ou buscar alternativas para assegurar alimentação para os seus, dentre tantas outras questões.

A terceira é de que também, são nesses territórios que ele (amazônida) e eles (comunidade) utilizaram a criatividade, a solidariedade e a empatia para mobilizar pessoas com o objetivo comum de assegurar a vida. Houve aprendizados importantes na pandemia, como a valorização da família, o cuidado com a saúde, o desenvolvimento de novas tarefas e/ou habilidades, bem como estabelecimento das redes de solidariedade que cruzaram a floresta e os rios do Amazonas fazendo a diferença entre a vida e a morte.

Sendo assim, o que não podemos é naturalizar essa pandemia acreditando que o vírus é democrático, quando a realidade não é democrática, pois o sistema capitalista continua a excluir, evoluindo para morte política e de povos tradicionais. Os direitos continuam sendo negados e flexibilizados. Não existe um novo “normal”. Nossa tarefa é estabelecer novas formas de socialização e de vida que promovam a inclusão e o cuidado holístico para todos.

Por fim, “esperançamos” que a pandemia não torne os outros invisíveis, principalmente aqueles que se encontram em situações desiguais, de vulnerabilidade social e que possamos ampliar nosso olhar e nossas ações para atenuar (no menor dos gestos) a situação dos estrangeiros, da população em situação de rua, dos indígenas, dos quilombolas, dos ribeirinhos e de populações pobres das grandes cidades brasileiras.

Referências

ALPINO, T. DE M. A. *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00161320, 2020.

ANDRADE, M. I. P. **Entre sombra e luzentes: o trabalho docente no curso de Serviço Social em tempos de intensa mercantilização do Ensino Superior**. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2017.

BECKER, B. K. **A urbe amazônica: a floresta e a cidade**. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond, 2013.

FERLA, A. A. *et al.* A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19. Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Saúde & Amazônia. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 140–161.

FLEXOR, G.; SILVA, R. D. DA; RODRIGUES, A. O. A Covid-19 e o agravamento das desigualdades na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos Metrôpole**, v. 23, n. 52, p. 905–926, dez. 2021.

FURTADO, L.; ALCÂNTARA, F. **MST ultrapassa 6 mil toneladas de alimentos doados durante a pandemia**. MST, 14 jan. 2022. Disponível em: <<https://mst.org.br/2022/01/14/mst-ultrapassa-6-mil-toneladas-de-alimentos-doados-durante-a-pandemia/>>. Acesso em: 21 out. 2022

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

GUEDES, T. R. O. DAS N. *et al.* Efeitos da covid 19 sobre a força de trabalho no Brasil, destacando as ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia. Em: **Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019. v. [no prelo].

HARVEY, D. A. **Espaço de Esperança/Spaces of hope**. São Paulo, SP: Edições Loyola, 2000.

KRENAK, A. *et al.* **No tremor do mundo: ensaios e entrevistas à luz da pandemia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2021.

LEAL, W. D. *et al.* Caminhos do cuidado às Pessoas em Situação de Rua no contexto da pandemia de Covid-19: relato sobre o trabalho da atenção primária em Manaus, Amazonas. Em: **População em situação de rua abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais**. Saúde & Amazônia. [s.l.] Editora Rede Unida, 2022. v. 19.

MARX, K.; ENGELS, F. **O capital. O processo global da produção capitalista / Karl Marx. Tradução Rubens Enderle**. Tradução: Rubens Enderle. 1. Aufl ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MORIN, E. **É hora de mudarmos de via as lições do coronavírus**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2020.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). <http://www.ipea.gov.br>, jun. 2020.

OLIVEIRA, J. A. DE. **Cidades na selva**. Manaus, AM: Valer Editora, 2000.

OLIVEIRA, J. A. DE. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. **Ciência e Cultura**, v. 58, n. 3, p. 27–29, set. 2006.

OLIVEIRA, J. A. DE. A invenção geográfica da Amazônia. **Revista GeoUECE**, v. 3, n. 5, p. 184–197, 2014.

REDE PENSSAN, R. B. DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil - Suplemento I - Insegurança Alimentar nos estados do norte**. Rede PENSSAN, , 2021.

RIBEIRO-SILVA, R. DE C. *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, set. 2020.

RODRIGUES DA SILVA, J. *et al.* Impactos da Covid-19 nas cadeias produtivas e no cotidiano de comunidades tradicionais na Amazônia Central. **Mundo Amazônico**, v. 11, n. 2, p. 75–92, 12 set. 2020.

SANTOS, B. DE S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. 1ª ed. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2020. v. Único

SANTOS, B. DE S. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1ª ed. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, L. P. DOS *et al.* Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00268520, 2021.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. DE S.; FERLA, A. A. **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SOUZA, M. A. A. DE. **Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”**. O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. **Anais...** Em: REUNIÃO DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE DA REDE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS. Campinas: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade - IPES, 2004. Disponível em: <http://www.fec.unicamp.br/~labinur/Arquivos_PDF/LIVRO_vol2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Digital Library / Ministério da Saúde, 2002.

Considerações Finais

O território amazônico é território líquido. Utilizamos essa categoria analítica para indicar o movimento que acontece no território a partir da experimentação do lugar e dos modos de vida presentes nas conexões das pessoas com o ambiente em que vivem. No território líquido buscamos compreender dimensões sociais e culturais, a partir de uma produção de conhecimento coletiva, pautada na pesquisa participativa, mas que compreendia os usos de métodos mistos como possibilidade de traçar caminhos metodológicos inclusivos e, não exclusivos.

O território líquido é complexo e movediço, onde a saúde está no modo do andar da vida (CANGUILHEM, LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO, SIGLO VEINTIUNO, 1971). Sendo assim, a produção da saúde e da própria vida são dependentes da aprendizagem significativa que pessoas e grupos fazem no cotidiano. Com efeito, adotamos a perspectiva freiriana da ação pedagógica e transformadora da realidade, assim como o entendimento epistêmico sobre as transformações sociais de Boaventura de Souza Santos que versam sobre um novo modelo civilizatório pautado na “democratização” do conhecimento, “desmercantilização” da ciência e reconhecimento da diversidade, na “despratiarcalização” dos espaços de trabalho e relações sociais existentes nos territórios e na “decolonização” do poder, saber e ser.

Quando pensamos na “decolonização” do poder, saber e ser, refletimos sobre a disseminação da Ciência & Tecnologia, o que implica em analisar os modos de realização da produção científica e o uso que ela tem no cotidiano dos sistemas de saúde e dos movimentos sociais. O colonialismo cultural que se espraia na produção científica, muitas vezes, fagocita a complexidade e os saberes dos territórios, secundarizando os saberes e práticas tradicionais, ancestrais e as possibilidades objetivas de superação de obstáculos no cotidiano.

Importante que as metodologias de produção e análise de dados, sobretudo quando essas têm enfoques participativos e de educação permanente em saúde, e o formato que as produções, sejam científicas ou técnicas, tem para seu uso no cotidiano. A capacidade ergonômica, por assim dizer, das produções científicas e técnicas, com o cotidiano da vida das pessoas e coletividades é fundamental.

A pandemia explicitou problemas reais do distanciamento das produções técnicas e científicas, também de orientações para a vida em geral, quando, por exemplo, a recomendação universal de distanciamento geográfico se contrapôs com a possibilidade objetiva de sobrevivência de setores sem a circulação diária, sobretudo para alimentos e trabalhos essenciais. Se não se observa essa ergonomia, o que se sucede é colonialismo e simplificação, que naturaliza déficits de saúde, hierarquias desfavoráveis de vida e sentença à morte a diversidade populacional amazônica, com efeitos visíveis sobre a vida no planeta. O conceito do Global-Local alcança, no território amazônico, uma materialidade e uma visibilidade muito grandes. Por outro lado, a aprendizagem em ato e compartilhada, gera potência para a vida não apenas das populações amazônicas, mas para a vida planetária.

As orientações de mitigação de efeitos da pandemia tiveram pouca capacidade de diálogo com as condições reais do andar da vida de amplos setores, o que reduziu o seu potencial de proteção à saúde, por desconexão evidente com o cotidiano. Não se trata de justificar o negacionismo – que precisa ser combatido como problema de saúde pública e como expressão necropolítica – mas de tornar visível a necessidade real de aproximação mais horizontal da ciência com o cotidiano.

A simplificação da complexidade territorial da produção de saúde não produz saúde e têm efeitos seletivos sobre a população e o ambiente que compõe, gerando efeitos mais graves em grupos e territórios que são mais vulnerabilizados, num círculo vicioso onde a condição de vulnerabilidade é também fator de maior vulnerabilização. Sem a escuta sensível e a fala compartilhada, a integralidade da saúde tem déficits que são metodológicos e teleológicos.

Essa insuficiência também se expressa no uso isolado de indicadores de produtividade acadêmica, quando descolados da sua capacidade de diálogo com os problemas – reais e complexos – do cotidiano, que requerem um esforço da ciência para renovar seus métodos e técnicas, reafirmando constantemente seu compromisso com a produção de condições que tornem a vida mais plena e a saúde mais integral.

Isto posto, em relação ao primeiro objetivo *analisar a produção do conhecimento existente acerca da Atenção Básica no enfrentamento à Covid-19*, de acordo com análise obtida na revisão sistemática, podemos inferir que dos 15 artigos selecionados, publicados nos anos de 2020 e 2021, que tratam de três eixos da saúde, a saber: a) atenção integral à saúde; b) gestão do cuidado na atenção básica; e, c) educação em saúde. Destacamos que os estudos versam

sobre pesquisas qualitativas realizadas nas regiões sul (7), sudeste (5) e oriundos de dados de todos os estados brasileiros (2).

As soluções para enfrentamento da Covid-19 apresentadas nos estudos em tela, versam sobre o envolvimento de instituições de educação e assistência no apoio às campanhas de vacinação contra Covid-19, bem como na aplicabilidade de ações inovadoras como o *drive-thru* e o agendamento remoto para vacinação, a busca ativa e a imunização em domicílio, emergindo encontros na operacionalização da vacinação. Além disso, a aproximação dos preceptores e residentes da equipe de saúde e dos usuários do território foi fortalecida por tecnologias leves utilizadas nas atividades de integração-ensino-serviço.

Sobre o segundo objetivo *analisar a mortalidade de trabalhadores por Covid-19 no Brasil*, identificamos que o vírus atingiu sobremaneira os trabalhadores informais, assim como o grupo de trabalhadores de suporte à vida, especialmente da saúde, que estiveram na linha de frente nas várias “ondas” de disseminação da doença, sendo expostos em ambiente insalubres, sem equipamento de proteção adequados e exaustivos turnos de serviço.

Os dados secundários da mortalidade por Covid-19 e causas correlatas, coletados do sistema do Departamento de Informação do SUS (DATASUS) e analisados a partir da variável Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), indicaram 128.376 óbitos em 2020 e 224.264 em 2021. Com relação ao grupo dos serviços não essenciais, as empregadas domésticas, vigilantes, porteiros, vendedores, cozinheiros, pedreiros, motoristas em geral foram os trabalhadores que mais morreram por Covid-19, totalizando 21.299 pessoas. Dentre o grupo dos serviços essenciais, estão os profissionais de saúde, principalmente os técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros que totalizaram 2.012 óbitos no período. Recomendamos, entretanto, estudos mais aprofundados que incluam trabalhadores sem formação na saúde, mas que atuam no ambiente hospitalar insalubre, como os maqueiros, motoristas de ambulância, serviços gerais e manutenção de equipamento.

Destacamos que na pandemia houve ausência de proteção social dos trabalhadores; aumento do desemprego para, aproximadamente, 20 milhões de pessoas; serviços de educação interrompidos; redução de carga horária e/ou salários para os que mantiveram os empregos. A desigualdade social teve efeito nas altas taxas de mortalidade e letalidade de trabalhadores por conta da exposição à contaminação devido à necessidade de permanecer trabalhando para compor a baixa renda e condições precárias de vida.

Em atendimento ao terceiro objetivo *compreender as mudanças nos processos de trabalho da atenção básica em saúde durante a pandemia de Covid-19*, os dados analisados indicaram que os serviços de prevenção e controle realizados naqueles territórios foram: 1. a reorganização dos processos de trabalho com intensificação de visitas domiciliares e ações de educação em saúde; 2. barreiras sanitárias e imunização da população, no momento da chegada da vacina; e 3. ações intersetoriais e mobilização social.

Entretanto, as mudanças não ocorreram de forma linear nos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira. Este último município, enfrentou problemas em relação a gestão da pandemia, cujas ações na maioria das vezes, foi realizada por iniciativa de organizações não governamentais, em detrimento do setor saúde. A capacidade de resolutividade das equipes de saúde do território, assim como da participação e solidariedade da comunidade foi a principal transformação social registrada.

Ao *analisarmos os serviços de prevenção e controle da Covid-19 nos territórios da atenção básica na Amazônia*, destacamos que o Sistema Único de Saúde é operacionalizado, a partir das especificidades dos territórios e dos aspectos políticos, econômicos, sociais que os circundam. A descentralização e consolidação da Política de Saúde se dá no bojo do processo de regionalização que pressupõe não somente o território geográfico, mas também atores sociais e acordos técnicos estabelecidos. Logo, ações e serviços da atenção básica à saúde tendem a responder às demandas da população dos territórios amazônicos.

A Atenção Básica, a partir na territorialização, planeja ações e serviços esquadrihando lógicas de uso do território e condições de vida, fortalecidos pela presença das equipes de saúde da família que promovem estratégias de promoção da saúde, se estabelecendo como porta de entrada da rede de atenção do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, pesquisamos 12 municípios amazonenses, são eles: Boca do Acre, Carauari, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Manicoré, Parintins, Presidente Figueiredo, Tabatinga, São Gabriel da Cachoeira e Tefé que divididos em grupo, tiveram suas ações de prevenção e controle analisadas a partir da ótica de 385 usuários da atenção básica.

Na dimensão do acesso aos serviços de saúde, foi possível inferir que os municípios do Grupo 3 (Carauari, Manicoré e Tefé) tiveram maior êxito nas orientações de prevenção visto que a maior parte dos entrevistados informou ter permanecido em casa, assim como foi o grupo que mais realizou ação de educação em saúde no território. Os entrevistados desse grupo têm

maior confiança nos profissionais de saúde e menor nas redes sociais e meios de comunicação em comparação à capital. Na dimensão cultural, os dados indicaram que os usuários dos Grupos 2 (Boca do Acre, Parintins, Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira) e 4 (Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru e Presidente Figueiredo) são os que menos confiavam nas medidas de proteção.

Em atendimento ao quinto objetivo *identificar as mudanças produzidas pela pandemia para população nos territórios da atenção básica em saúde*, observamos que entre os entrevistados havia o predomínio de pardos/morenos (78,44%); com baixa escolaridade (48,83%); renda de até um salário-mínimo (51,69%) insuficiente para as todas as suas despesas e suas famílias e, principalmente, com a falta de alimentos para muitos deles. Situações de vulnerabilidade que podem agravar as condições de saúde no período pandêmico. As análises sinalizaram que as principais mudanças ocorridas são relacionadas ao trabalho, à família, à organização comunitária e articulação entre as instituições e ao reconhecimento da atenção básica pela população.

O desemprego, redução de salários, redução de carga horária, bem como a falta de acesso dos trabalhadores informais e da população em situação de rua aos alimentos, uma vez que dependiam dos comércios e de seus consumidores, dinâmica interrompida pelo isolamento e distanciamento social imposto pelas autoridades para diminuição da disseminação do vírus. Este cenário foi agravado pela demora do Governo Federal em direcionar políticas públicas de assistência social, emprego e renda, a fim de mitigar os impactos sociais.

O retorno de parte dos entrevistados para casa dos pais/parentes por questões financeiras; criação de crianças e adolescentes por óbito dos seus pais; e, sequelas permanentes em decorrência da Covid-19. Essas mudanças impactaram sobremaneira à reorganização familiar, tanto na questão financeira quanto emocional, mas que a absorção das novas responsabilidades se deu por meio da resiliência e solidariedade dos amazônidas. Os entrevistados também indicaram a valorização familiar, o cuidado à saúde e a oportunidade de repensar projetos de vida como aprendizados da pandemia.

A comunidade fortaleceu a solidariedade entre seus pares e, com isso, a teia de relações sociais presentes nos territórios pesquisados, por meio da mobilização para aquisição/doação e entrada de cestas básicas, mas também ressignificou o conhecimento tradicional com a produção de remédios caseiros, dando espaço para resistência da cultura popular.

A presença das equipes de saúde nos territórios fortaleceu o acesso aos serviços de saúde por meio do diagnóstico precoce da Covid-19; da adoção de medidas profiláticas para amenizar sintomas da doença; da mediação entre os saberes tradicionais e científicos, recuperando o seu papel estratégico de porta de entrada do Sistema de Único de Saúde. Mesmo diante das dificuldades de equipe incompleta, falta de insumos e equipamentos, os profissionais de saúde desse nível de atenção foram protagonistas no atendimento majoritário da população na pandemia.

Assim, as análises apresentadas indicam que *a pandemia de Covid-19 trouxe consequências para o Sistema Único de Saúde, produzindo transformações sociais no cotidiano das populações amazônicas, o que gerou a mobilização de estratégias para seu enfrentamento no âmbito da Atenção Básica no Amazonas.*

Referências

AMAZONAS, F. DE V. EM S. DO. **Situação Epidemiológica da COVID-19 no Estado do Amazonas, 2020.** FVS, 2020. Disponível em: <https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_15_f84a1qO.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022

ANDRADE, C. M. DO V. DE *et al.* Influência da pandemia pelo Coronavírus na realização do exame papanicolau na atenção primária. **REVISA (Online)**, p. 743–755, 2021.

ARAÚJO, T. A. DE; LIMA, R. T. DE S. Perfil epidemiológico da COVID-19 no estado do Amazonas. Em: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** Saúde & Amazônia. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. v. 18p. 282.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

BARRETO, I. C. DE H. C. *et al.* **Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1862/version/1975>>. Acesso em: 7 jul. 2022.

CAMILO, C. *et al.* Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e210023, 2 jul. 2021.

CAMPOS, C. L. *et al.* **Vista do Monitoramento do programa controle do tabagismo no contexto da pandemia de covid-19: experiência da Bahia.** Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3539/2906>>. Acesso em: 25 maio. 2022.

CORREIA, D. S. *et al.* Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 17 maio 2021.

FERMO, V. C. *et al.* A consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: vivências na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, 7 maio 2021.

FERNANDES, D. M. A. P. *et al.* A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2832–2832, 26 set. 2021.

FERNANDES, R. S. *et al.* Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 14 jan. 2022.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 21 abr. 2021.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação. Referência em 1º de julho de 2021.** , 2021. . Acesso em: 10 jul. 2021

MARQUES, F. R. D. M. *et al.* Reorganização do serviço ambulatorial de referência para condições crônicas durante a pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 16 ago. 2021.

MENDONÇA, H. **A difícil tarefa de combater o coronavírus em Manaus, onde metade da população vive em favelas.** Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-21/a-dificil-tarefa-de-combater-o-coronavirus-em-manaus-onde-metade-da-populacao-vive-em-favelas.html>>. Acesso em: 7 jul. 2022.

MINAYO, M. C. DE S. **Limits and Possibilities to Combine Quantitative and Qualitative Approaches.** [s.l.] IntechOpen, 2017.

MINAYO, M. C. DE S. **Técnicas que fazem uso sa palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação.** São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 18 set. 2020.

ODORCIK, B. *et al.* Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e74–e74, 28 out. 2021.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, p. n71, 29 mar. 2021.

PENHA, L. M. A PANDEMIA EM MANAUS: DESAFIOS DE UMA CIDADE NA AMAZÔNIA. **Ensaio de Geografia**, v. 5, n. 9, p. 118–123, 29 maio 2020.

PODER360. **Fiocruz identifica nova variante da covid no Amazonas**. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/fiocruz-identifica-nova-variante-da-covid-no-amazonas/>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

SILVA, W. R. DE S. *et al.* **A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/PDVNj7xLyJGYPxJvwVVFHDQ/?lang=pt>>. Acesso em: 14 maio. 2022.

SOUSA, D. J. DE *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. Supl., 21 dez. 2020.

SOUZA, J. B. DE *et al.* Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 24 set. 2021.

WEBSTER, R. K. *et al.* How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. **Public Health**, v. 182, p. 163–169, maio 2020.

Apêndices

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário(a) de pesquisa “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”, coordenado pelo professor Dr. Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Fiocruz Amazônia. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as transformações sociais causadas pela pandemia na população em áreas de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas. Como objetivos secundários estão: 1) Compreender as concepções e percepções da população em relação à Covid-19; 2) Descrever as estratégias dos municípios no enfrentamento da pandemia; 3) Descrever as fontes de informação acessadas pela população sobre a pandemia; 4) Avaliar os efeitos das informações e propor estratégias de prevenção da Covid-19 que dialoguem com os modos de vida da população; 5) Descrever o perfil epidemiológico da população atendida por Síndrome Gripal Aguda, caracterizando as principais causas de internação e óbitos por Covid-19 confirmados nos municípios estudados.

Caso você concorde em participar deste estudo, é necessário que responda a um questionário que será aplicado por um apoiador do município. O questionário contém questões sobre as mudanças sociais produzidas pela pandemia de Covid-19 na vida das pessoas do município. Existe também perguntas sobre a situação social e profissional, bem como sobre a experiência com a Covid-19 e estratégias utilizadas no local de residência. Para aplicação do questionário, será identificado um local adequado que resguarde a identidade e o sigilo do entrevistado. O registro do consentimento será feito ao final deste Termo. Esperamos que os resultados e os impactos sejam no sentido de melhorar a qualidade de vida população e na busca de respostas efetivas ao enfrentamento da Covid-19 pela rede de saúde no Estado do Amazonas. A proposta traz contribuições importantes para o fortalecimento da Atenção Básica, pois buscaremos contribuir com as secretarias municipais de saúde na discussão na produção de material educativo para as equipes de saúde e para a população, no reordenamento dos processos de trabalho e na identificação e a socialização das experiências dos municípios no enfrentamento da pandemia.

Você deve estar ciente:

- Que possui plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores.
- Participar desse projeto não lhe causará nenhum gasto com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo.
- Da importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento (TCLE).
- Que a participação na pesquisa ocorrerá por meio da resposta a um questionário após concordância com os termos do TCLE, apresentado antes do instrumento de coleta de dados.
- Que terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento.

Dos Benefícios: contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde nos municípios do interior do Amazonas em cenários de pandemia. Dos Riscos: Os riscos que você está exposto (a) ao participar desta pesquisa inclui possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar esses riscos, o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto (a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco a sua participação será mantida em caráter confidencial. Ainda pode ter o risco de mobilização de questões emocionais referentes a pandemia e para minimizar o risco, encaminharemos para os serviços que são disponibilizados nos municípios de apoio psicossocial em resposta à pandemia. Todas as informações coletadas no estudo serão mantidas confidencialmente. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como este estudo foi revisado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social e para as equipes de saúde da família por meio de maior

entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros. No Portal da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/coronavirus>) você tem acesso a informações confiáveis e importantes sobre o novo Coronavírus. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. O pesquisador responsável por este estudo está à sua disposição e com ele você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail.

São direitos seus:

- Receber antes de responder às perguntas do questionário/formulário ou entrevista, o TCLE para a sua anuência.
- Ter acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.
- Esclarecer suas dúvidas e ter o tempo que for necessário para a tomada de decisão em participar ou não da pesquisa.
- Responder ou não a todas as perguntas (mesmo que seja considerada obrigatória) contidas no instrumento de coleta de dados da pesquisa, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.
- Retirar o seu consentimento e interromper a sua colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico;
- Receber assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, nos termos do item II.3 da Resolução CNS 466/12, no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.
- Requerer indenização por algum dano decorrente da participação na pesquisa, através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19);
- Receber ressarcimento de gastos pelo coordenador – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transportes e alimentação, como preconiza a Resolução CNS 466/12;

Se desejar, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, solicitar a retirada do consentimento de utilização dos dados coletados, faça seu pedido no e-mail lahpsa.fiocruz@gmail.com ou no link <https://forms.gle/uKxhV9Y8DFMLN7Kw8>.

Receber um via do TCLE, na sua forma física junto à equipe, de acordo com o previsto na Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d. Mesmo que já tenha registrado o seu consentimento de forma eletrônica em etapa anterior da pesquisa.

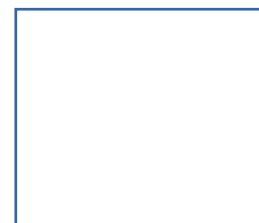
Se desejar poderá pessoalmente, ou por telefone, entrar em contato com o pesquisador responsável, Júlio Cesar Schweickardt, para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa. O (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus - AM, pelo telefone (92) 3621-2323 ou email: julio.ilmd@gmail.com. Se desejar poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO (FORMULÁRIO IMPRESSO):

Eu _____, após a leitura, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante e autorizo gravação da entrevista.

Cidade _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante (se não for possível, coletar a digital)



Assinatura do entrevistador/CPF

Digital

B - Questionário para usuários

Nº: ____U

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador(a): _____

Local da entrevista:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> UBS José Barros Lopes, Boca do Acre | <input type="checkbox"/> UBS Pedro Galdino da Silva, Carauari |
| <input type="checkbox"/> UBS Manoel Mendes da Silva, Itacoatiara | <input type="checkbox"/> UBS Bairro da União, Parintins |
| <input type="checkbox"/> UBS Dídimo Pires, Tabatinga | <input type="checkbox"/> UBS Lourival Pires, Tefé |
| <input type="checkbox"/> UBS Artur Freire da Cunha, Iranduba | <input type="checkbox"/> UBS Funasa 1, Manacapuru |
| <input type="checkbox"/> UBS Lourival Dias de Souza, Manicoré | <input type="checkbox"/> UBS Francisco Xavier Silva, Pres.Figueiredo |
| <input type="checkbox"/> UBS Dabarú, S. Gabriel da Cachoeira | <input type="checkbox"/> USF Leonor de Freitas, Manaus |
| <input type="checkbox"/> USF Leonor Brilhante, Manaus | <input type="checkbox"/> UBSR Nossa Senhora de Fátima, Manaus |
| <input type="checkbox"/> USF Morro da Liberdade, Manaus | |

I – Perfil do entrevistado

1.1 Nome: _____

1.2 Telefone: () _____

1.3 Data de Nascimento: ____/____/____

1.4 Sexo: () Masculino () Feminino

1.5 Como você se identifica?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Homem | <input type="checkbox"/> Mulher | <input type="checkbox"/> Travesti |
| <input type="checkbox"/> Homem transexual | <input type="checkbox"/> Mulher transexual | <input type="checkbox"/> Intersexo |
| <input type="checkbox"/> Cisgênero | <input type="checkbox"/> Não binário | <input type="checkbox"/> Não sei responder |
| <input type="checkbox"/> Prefiro não responder () Outro: _____ | | |

1.6 Como você declara sua raça ou cor?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Parda/Morena | <input type="checkbox"/> Preta/Quilombola | <input type="checkbox"/> Indígena | <input type="checkbox"/> Amarela/Asiático |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | | | |

1.7 Estado Civil:

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Vive junto/Amasiado/Amigado |
| <input type="checkbox"/> Outro | | | | |

1.8 Nível Educacional:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sem escolaridade | <input type="checkbox"/> Fundamental completo/incompleto |
| <input type="checkbox"/> Médio incompleto/completo | <input type="checkbox"/> Superior completo/incompleto |
| <input type="checkbox"/> Pós-graduação completo/incompleto | |

1.9 Ocupação:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desempregado | <input type="checkbox"/> Empregado formal/assalariado | <input type="checkbox"/> Estudante |
| <input type="checkbox"/> Profissional liberal/Autônomo | <input type="checkbox"/> Aposentado | <input type="checkbox"/> Dona de casa |
| <input type="checkbox"/> Empresário/microempreendedor | <input type="checkbox"/> Trabalhador Rural | |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |

1.10 Religião:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Evangélica | <input type="checkbox"/> Espírita |
| <input type="checkbox"/> Matriz Africana (Candomblé, Umbanda) | <input type="checkbox"/> Não tenho religião | |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |

1.11 Rendimento mensal do lar (em salários-mínimos contando todos os moradores):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo - R\$1.192,40 |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 salários mínimos – de R\$1.192,40 a R\$2.384,80 |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários mínimos – de R\$2.384,80 a R\$3.577,20 |

- () Entre 3 e 4 salários mínimos – de R\$3.577,20 a R\$4.769,60
 () Mais que 4 salários mínimos – R\$4.769,60 ou mais
 () Prefiro não declarar

1.12 Das alternativas a seguir, qual melhor descreve a renda da sua família (pessoas que moram na mesma casa que você).

- () Sempre é suficiente para todas as despesas.
 () Às vezes é suficiente para todas as despesas
 () Nunca é suficiente para todas as despesas

1.13 Você ou alguém da sua família (pessoas que moram na mesma casa que você) recebe aposentadoria ou benefício social? (Admite mais de uma resposta)

- () Benefício de Prestação Continuada () Aposentadoria () Bolsa Família
 () Bolsa defeso () Não () Auxílio Emergencial
 () Outro: _____

1.14 Área de Residência:

- () Urbana, bairro: _____
 () Rural, comunidade: _____

1.15 Acesso à água:

- () Água encanada () Poço artesiano () Reservatório () Outro

1.16 Esgoto:

- () Esgotamento sanitário () Fossa séptica () Outro _____

1.17 Quantas pessoas moram com você? _____

1.18 Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodo inclui: quartos e sala) _____

II – Acesso aos serviços de saúde durante a Pandemia

2.1 Você tem algum plano de saúde (convênio), além do SUS? () Sim () Não

2.2 Durante a pandemia, você teve alguma dificuldade de acessar os serviços de saúde?

- () Sim, tive dificuldade de acessar os serviços do meu convênio (privado)
 () Sim, tive dificuldade de acessar os serviços do SUS
 () Sim, tive dificuldade de acessar tanto os serviços do meu convênio (privado) quanto do SUS
 () Não tive dificuldade de acessar os serviços de saúde
 () Não precisei dos serviços de saúde

III – Comunicação e Informação sobre Covid-19

3.1 Quais as informações que você recebeu a respeito da Covid-19? (admite mais de uma resposta)

- () Isolamento social total () Lavagem frequente das mãos
 () Uso de álcool gel () Isolamento parcial
 () Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
 () Outro: Qual: _____

3.2 Como você se informa a respeito da Covid-19? (admite mais de uma resposta)

- () Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)
 () Rede sociais com uso de internet: () WhatsApp () Facebook () Instagram
 () Meios de comunicação: () Televisão () Jornais na TV e/ou na internet () Rádio
 () Comunidade: () Igreja/grupo religioso () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
 () Governantes (prefeito, governador, presidente)
 () Outros: _____

3.3 Das fontes citadas (o entrevistador repete as indicadas pelo entrevistado) quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)

- () Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)

- () Rede sociais com uso de internet: () WhatsApp () Facebook () Instagram
 () Meios de comunicação: () Televisão () Jornais na TV e/ou na internet () Rádio
 () Comunidade: () Igreja/grupo religioso () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
 () Governantes (prefeito, governador, presidente)
 () Outros: _____

3.4 Você se sente informado a respeito da Covid-19 pelos meios de comunicação:

- () Muito bem informado () Bem informado () Razoavelmente informado
 () Mal informado () Sem informação

3.5 Você se sente informado a respeito da Covid-19 pela sua comunidade:

- () Muito bem informado () Bem informado () Razoavelmente informado
 () Mal informado () Sem informação

3.6 Você se sente informado a respeito da Covid-19 pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)?

- () Muito bem informado () Bem informado () Razoavelmente informado
 () Mal informado () Sem informação

3.7 Você se sente informado a respeito da Covid-19 pelos profissionais de saúde do seu território?

- () Muito bem informado () Bem informado () Razoavelmente informado
 () Mal informado () Sem informação

IV – Medidas de prevenção e controle da Covid-19

Para esta pesquisa, consideramos FAMÍLIA as pessoas que moram na mesma casa que o entrevistado

4.1 Você e sua família adotaram alguma medida para se prevenir da Covid-19? () Sim () Não

4.2 Quais as seguintes ações que você e sua família adotaram para se prevenir da Covid-19? (admita mais de uma resposta)

- () Isolamento social total () Isolamento parcial () Lavagem frequente das mãos
 () Uso de álcool gel () Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
 () Nenhuma () Outra: Qual: _____

4.3 Qual ação você considera a mais importante para se prevenir da Covid-19?

- () Isolamento social total () Isolamento parcial () Lavagem frequente das mãos
 () Uso de álcool gel () Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
 () Nenhuma () Outra: Qual: _____

4.4 Você está confiante que as medidas de prevenção e proteção adotadas por você e por sua família são suficientes para protegê-los da Covid-19?

- () Muito confiante () Bem confiante () Razoavelmente confiante
 () Pouco confiante () Nada confiante

4.5 Na sua opinião, a doença Covid-19 é:

- () Muito grave () Grave () Razoavelmente grave
 () Pouco grave () Não é grave

4.6 Na sua opinião, para prevenir a Covid-19, o isolamento e distanciamento entre as pessoas é:

- () Muito importante () Importante () Razoavelmente importante
 () Pouco importante () Nada importante

4.7 A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma atividade voltada para a prevenção da Covid-19?

- () Sim () Não () Não sei

4.8 Qual(is) profissional(is) da Unidade de Saúde estiveram envolvidos nas ações de prevenção e cuidado da Covid-19 (admita mais de uma resposta):

- () Médico () Enfermeiro () Dentista
 () ACS () Técnico enfermagem () Não se aplica
 () Outros profissionais, especificar _____

4.9 Durante a pandemia da Covid-19 você ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio? Sim Não

4.10 Qual o tipo de auxílio você ou alguém de sua família receberam/estão recebendo? (admita mais de uma resposta)

- Auxílio emergencial do governo federal Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)
 Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)
 Auxílio de instituições de caridade Auxílio de ONGs
 Auxílio da própria comunidade Auxílio de Igreja
 Auxílio de amigos/parentes Nenhum
 Outros: _____

4.11 Existe alguém em sua família que possuía alguma destas doenças? (admita mais de uma resposta)

- Diabetes Hipertensão Problemas Cardíacos
 Asma Câncer HIV
 Outra, especificar: _____

4.12 Você recebeu as doses da vacina de prevenção da doença da Covid-19?

- Sim, duas doses e o reforço Sim, duas doses
 Somente a primeira dose Não

4.13 Você ou alguém da sua família teve Covid-19? Sim Não

4.14 Quais cuidados vocês receberam depois do diagnóstico de Covid-19?

- Recebemos orientações dos profissionais de saúde sobre cuidado e isolamento e ficamos em casa.
 Recebemos orientações dos profissionais de saúde sobre cuidado e isolamento, mas não pudemos ficar em casa.
 Recebemos orientações dos profissionais de saúde sobre cuidado e isolamento e precisamos de internação hospitalar.
 Não recebemos orientações dos profissionais de saúde e não precisamos de internação hospitalar
 Não recebemos orientações dos profissionais de saúde e precisamos de internação hospitalar
 Outras: _____

4.15 Teve alguma consequência de saúde devido à Covid-19? (admita mais de uma resposta)

- Dificuldade física ou motora Dificuldade de concentração
 Perda do olfato e paladar Falta de ar ou dificuldade de respirar
 Nenhuma das respostas anteriores
 Outros: _____

4.16 Houve algum óbito na família devido Covid-19? Sim Não

4.17 Você precisou de algum tipo de apoio psicológico? Sim Não

V – Mudanças sociais produzidas pela pandemia:

5.1 Houve mudança na sua vida social ou da sua família? Sim Não

5.2 As mudanças aconteceram em que área da sua vida? (admita mais de uma resposta)

- Família Trabalho Financeiro/renda
 Estudo Relações Sociais Religião
 Outra, especificar: _____

5.3 Quais mudanças ocorreram em relação à família? (admita mais de uma resposta)

- Mudei para casa dos pais/parentes por questões financeiras
 Meus pais/filhos/parentes mudaram para minha casa por questões financeiras
 Fiquei responsável pela criação de filhos/netos/sobrinhos por óbito/sequela de Covid-19 dos pais da(s) criança(s)
 Fiquei responsável por cuidar de pais/filhos/parentes com sequelas permanentes de Covid-19
 Fiquei com sequela permanente devido à Covid-19 e preciso de cuidados especiais
 Não se aplica

5.4 Quais dificuldades você teve em relação ao emprego/trabalho?

- Redução da carga horária e salário Foi demitido
 Aumentou a carga de trabalho Fechamento temporário ou falência do empreendimento
 Outros: _____
 Não tive dificuldades em relação ao emprego/trabalho

5.5 Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar? _____**5.6 Você viajou nesse período da pandemia para outros municípios/estados?** Sim Não**5.7 Os filhos e/ou netos realizaram os seus estudos durante a pandemia?**

- Sim, aula presencial
 Sim, aula remota (computador, rádio ou televisão)
 Sim, aula em sistema de rodízio (presencial e remota)
 Não

5.8 O que contribuiu para superar as dificuldades criadas pela Covid-19? (admita mais de uma resposta)

- O apoio familiar A ajuda dos amigos
 As atividades da Igreja O apoio dos vizinhos
 A ajuda de instituições – ONGS e outros Nenhuma das opções acima
 Não precisou de ajuda Não teve ajuda
 Outros: _____

5.9 O que foi possível aprender com a pandemia?

- Valorizar a família Dar atenção à rede de amigos
 Voltar-se mais para a religião Cuidar mais da saúde
 Não houve mudança/aprendizado
 Outros: _____

VI - Questões Abertas – Nome do arquivo de voz _____

Ao iniciar este bloco informe ao participante que irá gravar as respostas. Ligue o gravador de voz e, ao final, identifique no campo “Nome do arquivo de voz”. Exemplo “gravação 001” ou “entrevista 001”.

6.1 Durante a pandemia, qual dificuldade você ou sua família enfrentou para acessar os serviços de saúde?**6.2 Por que você não recebeu a vacina ou não recebeu as demais doses de vacina? (Se marcou “somente primeira dose” ou “não” na questão 4.12)****6.3 Houve alguma ação comunitária de apoio às pessoas com dificuldade no seu território durante a pandemia? Quais?****6.4 Você ou sua família passaram a realizar trabalho remoto durante a pandemia? Qual trabalho?****6.5 O que mudou na sua rotina de vida?****6.6 A pandemia lhe deu oportunidade para realizar coisas novas que você considere positivas?****6.7 Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?**

Muito obrigado pela colaboração!

C - Roteiro da entrevista coletiva

Projeto: Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas

Objetivos: a) Descrever as estratégias de enfrentamento à pandemia de Covid-19 dos municípios estudados; b) Compreender as mudanças sociais e de trabalho produzidas pela pandemia de Covid-19 nos territórios da Atenção Básica em Saúde.

Moderação: Equipe de Pesquisa do Projeto

Participantes: Profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), coordenação da Vigilância em Saúde, coordenação da Atenção Básica em Saúde, Gestão municipal.

Preparação do material e escolha do ambiente da oficina: O local onde será feita a oficina deve comportar todos os convidados. É importante que as cadeiras sejam móveis para organizar em roda ou formar grupos. O local pode ser fechado ou aberto, no entanto, é essencial que haja espaços para fixar os cartazes de cada etapa e que todos os participantes visualizem todas as etapas.

Materiais necessários: 10 folhas de papel madeira ou papel 40kg; Tesoura; Fita crepe; Pinceis coloridos ponta grossa; Tarjetas de 5 cores diferentes (Podem ser feitas de papel A4 colorido cortado ao meio); Tarjetas com os sinais: “STOP” (o grupo decidiu não aprofundar a discussão); “*” (problema central); Tarjetas com os títulos: PROBLEMAS, CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS OU EFEITOS, ÁRVORE EXPLICATIVA DE PROBLEMAS, AÇÕES, METAS/PRODUTOS.

1. A realização da Oficina

a. Apresentação do Projeto (15 minutos)

Apresentar objetivos, metodologia e ler TCLE

b. Acolhimento dos participantes pequeno grupo (20 minutos)

Realizar uma dinâmica ou exercícios de aquecimento (quebra-gelo): em uma folha de papel, o facilitador emite o comando para que cada participante desenhe uma parte do rosto. A cada rodada a folha de papel circula entre os participantes. Ao final, solicitar que cada participante fale sobre sua percepção durante a dinâmica e dê um nome para sua obra de arte que deverá ser registrado no relatório. É importante que os participantes justifiquem o nome escolhido. Enfatizar a obra coletiva, em que cada um realiza uma parte, contribuindo com o desenvolvimento do todo.

c. Identificação dos participantes pequeno grupo (10 minutos)

Solicitar que os participantes registrem em uma tarjeta NOME, FUNÇÃO/ATUAÇÃO, EXPECTATIVA. Em seguida, cada participante fixa as tarjetas no painel e começam as apresentações. Ao final, o facilitador valoriza a diversidade dos participantes.

d. Identificação dos problemas pequeno grupo (30 minutos)

Intencionalidade: Estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no seu território e município.

Passo 1: Cada participante registra na tarjeta um problema no serviço relacionado à **pandemia de Covid-19**

É importante lembrar aos participantes: 1. Escrever só um problema por tarjeta; 2. Um problema NÃO É a ausência de uma solução, mas sim um estado negativo existente; 3. O problema pode ser uma barreira de acesso aos serviços e de informação.

Passo 2: Em seguida, estimular que o grupo faça a revisão dos problemas para agrupamento por temas. Identifique o PROBLEMA CENTRAL - O Problema central é aquele que representa o cerne da questão, em análise. Pode não ser o mais importante, em termos de atuação. Deve ser aglutinador. Devemos procurar nas suas causas, onde atuar. A identificação do problema central é um recurso didático para facilitar a análise das relações causa-efeito.

Passo 3: Construção da Árvore explicativa dos problemas pequeno grupo (60 minutos)

- Identificar e organizar as CAUSAS imediatas abaixo do problema central e as das causas mediatas, abaixo dessas e assim por diante, através de um encadeamento lógico de causa-efeito;
- Construir um diagrama, em forma de ÁRVORE, situando os problemas com suas relações de causa-efeito. O caule será o PROBLEMA CENTRAL; as raízes CAUSAS; a copa EFEITO/CONSEQUÊNCIAS;
- Definir os EFEITOS/CONSEQUÊNCIA do problema central
- Organizar os EFEITOS/CONSEQUÊNCIA
- Examinar a árvore de problemas, verificando se as relações de causa-efeito estão corretas e se é necessário acrescentar alguma causa e/ou efeito/consequência importante.

Passo 4: Elaboração do plano para a resolução dos problemas pequeno grupo (60 minutos)

Com base no problema central e nas causas identificadas serão formulados objetivos (O), e para cada objetivo serão formuladas ações (A) e metas/produtos (M). Por exemplo, se o problema é “**Falta de comunicação entre os setores**”, os demais serão: **(O1)** Promover a comunicação institucional entre gestores e trabalhadores de saúde. **(A1)** Realização de encontros de equipe para discutir ideias e soluções; **(M1)** Incluir na agenda da unidade **1 encontro** de educação permanente **por mês**. Observar que as metas devem ter prazos específicos para acontecerem. **(P1)** Elaborar **1 catálogo** de cards com informações sobre a Covid-19 para inclusão **semanal** na nas redes sociais. **(P2)** Produzir **6 vídeos** informativos por **semestre** sobre discussão de casos pela equipe de saúde por semestre.

Passo 5: Sistematização das Demandas (modelo de Matriz)

O preenchimento da matriz é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do planejamento. Deve-se buscar o maior detalhamento possível visando evitar o imprevisto e a assegurar a execução das ações por intermédio dos responsáveis no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis.

Matriz			
Objetivos	Ação	Metas	Produtos

Passo 6: Apresentação do Plano de Ação no grande grupo

Deslocar os participantes para cada sala e realizar a apresentação

Passo 7: Relato de experiência grande grupo (50 minutos)

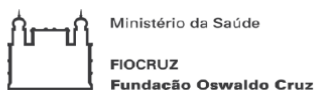
O facilitador solicita aos participantes que escrevam na tarjeta uma frase sobre uma **experiência marcante na Pandemia (pode ser uma experiência boa ou ruim na avaliação do participante)**. Em seguida, cada participante lê sua tarjeta e conta sua experiência. Após, a exposição o facilitador solicita que cada participante escreva a experiência (de 2 a 5 laudas) e envie para o e-mail do lahpsa.saladeaula@gmail.com. No momento do envio, indicar o nome e o município.

e. Avaliação da oficina (Que bom, Que Pena e Que Tal) grande grupo

Após a realização da oficina, uma estratégia de avaliação ou feedback dos participantes é a técnica “que bom, que pena, que tal”. Cada participante escreve em uma tarjeta o que para si corresponde as tarjetas “que bom”, “que pena” e “que tal”.

Anexo

A – Ata de aprovação



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE Nº 001 DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE DE DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA", ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "ESTUDOS DE PROCESSO SAÚDE/DOENÇA/ATENÇÃO", LINHA DE PESQUISA ""

Aos 18 dias do mês de janeiro de 2023, às 14h00, realizou-se de forma síncrona remota, via plataforma de videoconferência ZOOM, a sessão pública para arguição e defesa da tese intitulada **"TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO AMAZONAS: transformações sociais sob o signo da Pandemia de Covid-19"**, apresentada por **Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes**, sob orientação do Dr. Júlio Cesar Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ). A Comissão Examinadora aprovada pela Coordenação de Pós-Graduação Doutorado Acadêmico em Saúde Pública na Amazônia - DASPAM, conforme o que estabelecem o Regimento Geral de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da FIOCRUZ e o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Amazônia - DASPAM, foi constituída pelos seguintes membros:

Dr. Tiótréfis Gomes Fernandes (UFAM)

1.º Examinador

Dr. Fernando José Herkrath (UEA)

2.º Examinador

Dr.ª Márcia Irene Pereira Andrade Mavignier (UFAM)

3.º Examinador

Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS)

4.º Examinador

Dr. Júlio Cesar Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ)

Presidente da Comissão Examinadora (orientador)

Atuou como suplente o Professor Dr. Márcio Mariath Belloc (UFPA).

PARECER:

Após a apresentação de Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, a comissão examinadora passou à arguição pública e foi considerado (a)

(X) Aprovado

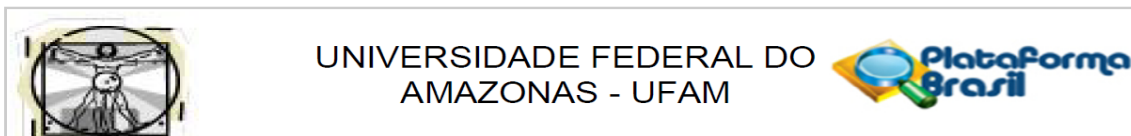
() Aprovado condicionada às modificações

() Reprovado

E, para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora assinam a presente ata, emitindo um parecer final.



B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção e controle da COVID-19

Pesquisador: Júlio Cesar Schweickardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51941321.4.0000.5020

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.137.547

Apresentação do Projeto:

Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas

4 DETALHAMENTO DO ESTUDO

4.1 Resumo

A proposta do projeto é analisar como se deu a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas, ao mesmo tempo buscaremos descrever as principais ações de contingência para combater a pandemia pelas secretarias municipais do Estado nos diferentes territórios da Amazônia. Buscaremos contribuir com as secretarias municipais de saúde na discussão das estratégias de enfrentamento da COVID-19 e na produção de material educativo para que as equipes de saúde e para a população. O foco desse projeto está na Atenção Básica porque é a coordenadora do cuidado, portanto tem o papel de articular com as outras áreas de atenção como a vigilância em saúde e hospitalar. Assim, é urgente o fortalecimento da Atenção Básica porque as estratégias de enfrentamento da Covid-19 se darão no território de vida das pessoas, sendo necessário dialogar com os seus modos de vida. A metodologia de abordagem quanti-qualitativa, oportunizará a participação ativa por meio dos grupos focais. A coleta de dados acontecerá com atualização de questionário a ser enviado aos usuários da atenção básica, no primeiro momento. No segundo momento serão realizadas oficinas

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

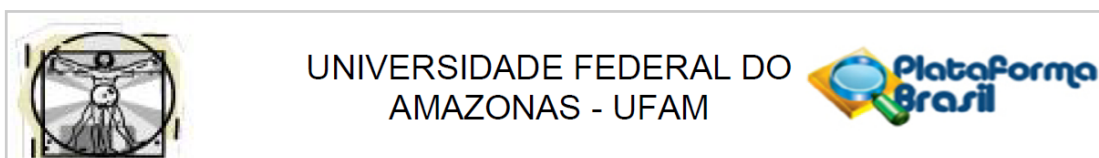
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.137.547

Outros	TermoAnuencia_Manicore.pdf	15/07/2021 20:48:42	THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES	Aceito
Outros	TermoAnuencia_Manacapuru.pdf	15/07/2021 20:48:09	THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES	Aceito
Outros	TermoAnuencia_Itacoatiara.pdf	15/07/2021 20:47:25	THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES	Aceito
Outros	TermoAnuencia_Carauari.pdf	15/07/2021 20:46:31	THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES	Aceito
Outros	TermoAnuercia_BAC.PDF	15/07/2021 20:45:55	THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 30 de Novembro de 2021

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com