

## Investigação sobre Atenção Primária durante a pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil

Research on Primary Care during the pandemic in vulnerable territories of Campinas, São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil

Adilson Rocha Campos (<https://orcid.org/0000-0002-4684-8889>)<sup>1</sup>  
 Gastão Wagner de Sousa Campos (<https://orcid.org/0000-0001-5195-0215>)<sup>2</sup>  
 Adriana Coser Gutiérrez (<https://orcid.org/0000-0002-7305-5841>)<sup>3</sup>  
 Patricia dos Santos da Costa (<https://orcid.org/0000-0003-3974-7083>)<sup>3</sup>  
 Tatiana de Vasconcelos Anéas (<https://orcid.org/0000-0003-1612-9071>)<sup>4</sup>  
 Ana Carolina Diniz Rosa-Cómitre (<https://orcid.org/0000-0003-2899-2796>)<sup>1</sup>  
 Joyce Alves Nahoum (<https://orcid.org/0009-0000-5981-8681>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The COVID-19 pandemic found favourable conditions to spread in Brazil. A lack of coordinated action by the federal government, together with already weak Primary Health Care (PHC) had consequences for workers and users. This study examined PHC management and work process in response the COVID-19 pandemic in three municipalities, in view of the history of how PHC was set up, its relationship with the national public health system (SUS), and PHC and social activism in vulnerable territories, from the perceptions of users and workers. The study included a literature search, participant observation and 97 in-depth interviews of PHC workers and users. The results were organised into four areas: PHC implementation and management in the municipalities; the PHC work process; workers' and users' perceptions of PHC and the SUS; and territories, organised groups and social activism. Workers faced an environment of fear, overwork and changes in their work process, none of which prevented them from persisting and reinventing their practice. Users encountered barriers to access and difficulties in complying with public health measures, but the study found experiences of organised groups that emerged as means of coping with the pandemic.*

**Key words** COVID-19, Primary Health Care, Social vulnerability, Qualitative research

**Resumo** *A pandemia de COVID-19 encontrou no Brasil um campo propício para sua propagação. A falta de coordenação de ações do governo federal, em conjunto com uma Atenção Primária à Saúde (APS) já fragilizada trouxe consequências para trabalhadores e usuários. O objetivo é analisar a gestão e o processo de trabalho na APS no enfrentamento à pandemia da COVID-19 em 3 municípios, considerando o processo histórico de sua constituição, a relação com o SUS e a APS e o ativismo social em territórios vulneráveis, a partir da percepção de usuários e trabalhadores. Foi realizada busca bibliográfica, observação participante e 97 entrevistas em profundidade com trabalhadores e usuários da APS. Os resultados foram organizados em 4 eixos: Implantação e gestão da APS nos municípios; Processo de trabalho na APS; Percepção dos trabalhadores e usuários em relação à APS e o SUS; Territórios, coletivos organizados e ativismo social. Os trabalhadores enfrentaram um ambiente de medo, sobrecarga e mudanças no processo de trabalho, o que não os impediu de resistir e reinventar suas práticas. Os usuários conviveram com barreiras de acesso e dificuldades no cumprimento de medidas sanitárias, mas foram encontradas experiências de coletivos organizados que surgiram como forma de enfrentamento à pandemia.*

**Palavras-chave** COVID-19, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade social, Pesquisa qualitativa

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo. 13083-970 Campinas SP Brasil. [adilsonrochacampos@gmail.com](mailto:adilsonrochacampos@gmail.com)

<sup>2</sup> Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas SP Brasil.

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas SP Brasil.

## Introdução

Apesar de sua importância, a Atenção Primária à Saúde (APS), convive durante toda sua trajetória, com dificuldades de financiamento e de organização. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017) e o Plano Previnir Brasil de 2019 tem realizado mudanças na APS, dentre elas, vinculando o seu financiamento ao número de usuários cadastrados e metas por desempenho. Essas mudanças trouxeram dificuldades aos municípios e descaracterização do modelo assistencial, transformando-o em uma APS seletiva, em contraposição ao modelo abrangente, que dialoga com uma abordagem territorial de ação comunitária, com enfoque intersetorial que considera e enfrenta os determinantes sociais. Tal situação foi agravada durante a pandemia pelo governo federal tanto ao não propor protocolos que orientassem os municípios, quanto ao não priorizar a ampliação e reforço da APS<sup>1-5</sup>.

Essa condução política irresponsável do governo federal comprometeu as medidas sanitárias e a pandemia rapidamente chegou em locais de maior vulnerabilidade social urbana<sup>2</sup>. O que não necessariamente gerou compromisso em ampliação de ofertas e suporte a estas populações, tendo em vista a fragilidade de políticas de proteção social<sup>6</sup>.

Podemos associar este contexto ao termo de *sindemia*, proposto na década de 1990 pelo antropólogo médico Merrill Singer que apresenta uma combinação de sinergia com pandemia. Esse conceito possibilita valorizar a importância das condições sociais que tornam certos grupos mais vulneráveis à doença<sup>7</sup>.

Foi extremamente elevada a taxa de contaminação e mortes no Brasil. Quando comparado com o resto do mundo, apesar da população corresponder a menos de 3% da população mundial, tivemos cerca de 10% do número total de mortos e dentre os 10 países com mais casos de COVID-19, ocupando a 6ª posição em número de casos e a 2ª posição em número de óbitos<sup>8</sup>.

O processo histórico de constituição da APS no Brasil, junto com ausência de uma coordenação nacional trouxe importantes repercussões para o cuidado à população e aos trabalhadores de saúde que viveram grande exposição a riscos de adoecimento por COVID-19 e outros efeitos sobre a saúde física e mental<sup>9-11</sup>.

O objetivo desse artigo é analisar a gestão e o processo de trabalho da APS no enfrentamento à pandemia da COVID-19 em três municípios, considerando o processo histórico de sua cons-

tituição, a relação com o SUS e APS e o ativismo social em territórios vulneráveis, a partir da percepção de usuários e trabalhadores.

## Metodologia

Esse artigo é parte da pesquisa “Estratégias de abordagem dos aspectos subjetivos e sociais na APS no contexto da pandemia” realizada nos municípios de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, composta por dados produzidos através de busca bibliográfica sobre a história e construção da APS dos municípios elencados, observação participante com a elaboração de diário de campo e entrevistas em profundidade<sup>12</sup>.

Foram coletados dados em 4 Unidades Básicas de Saúde de cada município. As unidades selecionadas, em conjunto com as gestões municipais, localizam-se em territórios de alta vulnerabilidade social e se orientam pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Os dados foram coletados entre junho/2021 e janeiro/2022. Por meio da observação participante buscou-se compreender o processo de organização do trabalho dessas unidades, bem como identificar informantes chave para as entrevistas em profundidade. As entrevistas foram realizadas com trabalhadores de saúde e usuários, totalizando 97 entrevistas.

Cada um dos entrevistados realizou de 1 a 3 encontros, a fim de que se soubesse como foi a pandemia para esse participante, considerando as dimensões: relação com o SUS e APS, relações sociais, subjetivas e familiares e processo de trabalho na APS (atenção e gestão). As entrevistas foram transcritas e transformadas em narrativas, validadas entre os pares de pesquisadores e inseridas em grades interpretativas, organizadas por núcleos argumentativos de análise<sup>13</sup>. Tendo como referencial a triangulação de métodos proposto por Minayo<sup>12</sup>, identificamos que para a etapa denominada pela autora de elaboração do informe final que é uma etapa que vem na sequência das etapas de organização e realização do trabalho de campo acima descrito, da análise das informações coletadas em que priorizou os diferentes instrumentos e materiais históricos e institucionais a partir da leitura por categorias analíticas ressaltando categorias empíricas, o que permitiu estabelecer a compreensão do objeto<sup>12</sup>.

Para a etapa do informe final houve a síntese do que a autora denomina de concreto pensado a partir dos resultados e conclusões. A triangulação se deu utilizando a análise das grades inter-

pretativas de usuários e trabalhadores, o contexto histórico, somado a análise dos diários de campo dos pesquisadores e a pesquisa documental<sup>12,13</sup>.

Foram cumpridos os procedimentos previstos pela Resolução nº 466/2012 CNS/MS e complementares. Os participantes deram anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa, CAAE: 40699120.2.0000.5404, foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade Estadual de Campinas e pelos Comitês de Ética das respectivas secretarias municipais de saúde.

## Resultados e discussão

Foram identificados 4 eixos de discussão em relação aos objetivos propostos nos 3 campos pesquisados. O 1º eixo considera a implantação e gestão da APS nos municípios e valoriza os diferentes processos históricos com repercussões nos modelos de atenção e gestão durante o período da pandemia; o 2º trata sobre processo de trabalho na APS; o 3º se refere à percepção dos trabalhadores e usuários em relação à APS e o SUS; o 4º e último eixo refere-se à relação da APS em cada território com coletivos e ativismo comunitário.

### Eixo 1: Implantação e gestão da APS nos municípios

Para compreender a gestão da APS, nos municípios, mostrou-se necessário realizar um resgate histórico.

Em Campinas, desde a década de 1970, houve investimento para a implantação da APS, principalmente em regiões periféricas do município. Com o processo de implantação do SUS, ampliou-se a cobertura populacional com Unidade Básica de Saúde (UBS). Os serviços desde então estão organizados sob gestão da administração direta, com trabalhadores contratados por concursos públicos. Em 2001 Campinas implantou o Programa Paidéia de Saúde da Família, com equipes de referência compostas por médicos com atuação generalista, enfermeiros, odontólogos e a incorporação de agentes comunitários de saúde. As equipes eram estimuladas a praticar a clínica ampliada e compartilhada e recebiam apoio matricial de profissionais presentes na própria unidade. Foram organizados colegiados de gestão em todos os níveis da SMS, com incentivo à gestão participativa através da cogestão. Campinas foi uma referência de modelo de gestão, implementando propostas que influenciaram

políticas para todo o Brasil, como o apoio matricial, o apoio institucional e a clínica ampliada e compartilhada<sup>14,15</sup>.

Ocorreu desmonte paulatino dessa construção histórica e inovadora de Campinas como foi observado na investigação e de forma veemente na narrativa dos trabalhadores. Os profissionais relatam que vem ocorrendo ao longo dos anos, mudanças no modo de gerenciamento da APS, em direção a uma proposta verticalizada e gerencialista, diferente da tradição do município, e que durante a pandemia as diretrizes organizativas elaboradas pela SMS foram transmitidas aos gerentes dos serviços sem cogestão e tampouco construção coletiva:

*As mudanças no processo de trabalho vêm às vezes por informe do apoio distrital, da gestão ou ficamos sabendo pela mídia, antes de chegar algum comunicado oficial pra gente. O Whatsapp também é usado para fazer informes, mas a gente cobra reuniões.*

Em São Paulo, a organização da APS iniciou-se nos anos 1980, porém, entre 1993 e 2000, as gestões municipais romperam o processo de implementação do SUS, optando pela organização do PAS (Plano de Atendimento à Saúde). Este plano consistia na prestação de serviços de pronto atendimento à saúde, sob a perspectiva de que a gestão do setor privado seria mais eficaz e eficiente, iniciando o recurso dos convênios e contratos de gestão com instituições privadas<sup>16,17</sup>.

O município deixou de receber financiamento federal e estadual, arcando financeiramente com a sua proposta, através da contratação de cooperativas privadas de profissionais. Uma parte das UBS eram geridas pelas cooperativas do PAS e outras estavam sob a gestão do governo do estado, configurando assim 2 modelos distintos no município. Em 1996, a Secretaria de Estado da Saúde e o Hospital Santa Marcelina com apoio do Ministério da Saúde, implantaram no município o Programa de Saúde da Família (PSF) no bairro de Itaquera que se expandiu via Projeto Qualis para outras duas regiões. Com a nova gestão municipal em 2001, houve a retomada do SUS, com a substituição do PAS e a municipalização de toda a rede básica. Houve um aumento das equipes de saúde da família, com a incorporação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão das UBS<sup>18</sup>.

Em 2005, foi implantada a Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que expandiu o modelo de pronto atendimento, realizado por médicos plantonistas (clínico e pediatra), contratados como pessoa jurídica. Houve enfraquecimento do papel da APS que fechou a porta para o aten-

dimento à demanda espontânea, permanecendo apenas com a agenda de atendimentos programáticos. Com a ampliação de contratos de gestão com OSS, ocorreu uma gradativa burocratização do trabalho através do modelo gerencialista, pautado no produtivismo<sup>19,20</sup>.

Nas entrevistas com trabalhadores destacou-se relatos que confirmavam a organização da APS centrada na produção de procedimentos. Essa escolha promoveu distanciamento da proposta do cuidado em uma perspectiva comunitária e de vigilância, para o cuidado individual baseado no pronto atendimento:

*Durante a pandemia, da secretaria cobravam novas planilhas, além das que já precisamos alimentar com dados: pessoas que não tinham sido vacinadas, os sintomáticos e grupos de famílias assintomáticos, planilhas de óbitos, planilha de internações. Acabamos priorizando essas e deixando de alimentar as da equipe...É ruim essa forma de gerenciar um serviço de saúde baseado na quantidade e não na qualidade. Parece que estamos trabalhando somente por número.*

O Rio de Janeiro historicamente teve um modelo de atenção hospitalocêntrico. Tardamente, a partir do ano de 2009, houve a reorientação da atenção, com expansão de cobertura de ESF, através das OSS. O município avançou da cobertura de ESF de 3,7% em 2008 para 40% em 2012, chegando a cerca de 70% em 2016. Outra estratégia utilizada pela SMS foi a aposta na implementação de programas de residências médicas como meio de provimento e fixação de médicos nessas unidades. Houve a instalação das Clínicas de Família (CF) no interior dos territórios vulneráveis<sup>21</sup>.

Com o grupo político que assumiu a prefeitura em 2017, segundo os entrevistados, observou-se o desmonte da APS no município: redução de equipes e trabalhadores de saúde, precarização das condições de trabalho e outros retrocessos. Com alteração no cenário político em 2021, houve a retomada do investimento na ESF, com recomposição gradativa das equipes suprimidas e ampliação da cobertura. Ainda se fizeram presentes desafios para a qualificação do trabalho como a adscrição da clientela, além do enfrentamento às necessidades de saúde trazidas pela pandemia:

*Quando eu entrei tinha déficit profissional, uma quantidade muito inferior de agente comunitário de saúde... Hoje foram recontratados, estamos com quase todas as equipes com cinco ACSs. Melhorou consideravelmente repor as equipes.*

Levantamos a hipótese, que mereceria investigação específica, sobre a estreita relação entre a

história de implementação da APS e o desempenho verificado durante o curso da pandemia. A cidade de São Paulo não priorizou a ESF ao longo da implementação do SUS. Campinas, somente a partir de 2001 adota como política oficial a ESF, entretanto o faz de maneira ambígua e sempre em conflito com estratégias tradicionais. O Rio de Janeiro, apesar da adoção tardia, em 2006, conseguiu implementar uma vigorosa expansão de cobertura de ESF nos anos subsequentes. Na percepção de usuários e trabalhadores, o Rio de Janeiro, com a eleição municipal e a mudança do grupo político, foi o melhor avaliado, seguido por Campinas, enquanto a atuação da APS de São Paulo durante a pandemia foi a mais criticada.

## **Eixo 2: Processo de Trabalho na APS durante a pandemia**

A partir da análise das narrativas, identificamos convergências e diferenças entre os 3 municípios. A APS foi analisada quanto às mudanças assistenciais, novos fluxos, valorização de suas práticas, inovação, desassistência, sobrecarga profissional e a relação entre usuários e profissionais<sup>22</sup>.

Nos 3 municípios observamos a prioridade no atendimento aos sintomáticos respiratórios sendo que os primeiros meses da pandemia, foi de ausência de informações sobre a doença e de sucessivas mudanças dos protocolos, além da falta de equipamentos de proteção individual e de orientação em relação a biossegurança.

Algumas equipes mantiveram atividades de puericultura, atendimento a gestantes e às urgências e visitas domiciliares realizadas pelos ACS, para manutenção do vínculo e ter informações sobre a população. As equipes de Consultório na Rua priorizaram a atenção à tuberculose com busca ativa. Houve a suspensão de encaminhamentos para a realização de exames e aos especialistas.

A população, receosa com a possibilidade de contágio, evitou procurar as UBS. Porém, com o prolongamento da pandemia e com o agravamento das situações de saúde, os usuários passaram a cobrar por uma maior assistência e os profissionais passaram a conviver intensamente com o medo de contaminação:

*Senti muito medo de infectar meus familiares, sobretudo o meu filho que era muito pequeno. Havia muito desconhecimento de tudo, nós não sabíamos ao certo com o quê estávamos lidando [...]. Isso me gerou um sentimento de um medo que chegou a passar na cabeça a ideia de desistir do meu trabalho.*

Algumas categorias profissionais, como os ACS, equipes de saúde mental e bucal, relataram mudanças drásticas na sua atuação. O trabalho centrado no contato próximo com os usuários passou por mudanças que determinaram a necessidade de reinvenção para descobrir novas possibilidades de atuação. Em alguns momentos foram escalados para trabalhos administrativos, causando desconforto, confusão em relação à identidade profissional e sensação de menor valor frente à equipe da linha de frente.

Os trabalhadores apontaram que estas mudanças geraram uma demanda represada e descontinuidade do cuidado longitudinal, com risco de agravamento de situações de saúde dos usuários:

*...diabéticos que antes estavam compensados e agora estão descompensadíssimos, hipertensos descompensadíssimos, esses diagnósticos aumentaram uns 70%; crescendo muito as demandas de saúde mental, tudo isso muito perceptível.*

Com o prolongamento da pandemia houve aumento do número e da gravidade dos casos e surgimento de casos de COVID longa. O afastamento dos profissionais por licenças médicas e as demandas por vacina e testagem levaram a um cenário de diminuição dos cuidados clínicos e preventivos realizados pelas equipes, sobretudo com as doenças crônicas.

Em São Paulo, a pandemia impactou o trabalho do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), que foi reconfigurado para o modelo individual e ambulatorial de atendimento por psicólogos e psiquiatras em Polos de Saúde Mental, com a ruptura com a proposta do apoio matricial<sup>13</sup>:

*...parece que está se estruturando uma equipe multiprofissional em um modelo ambulatorial, completamente oposto do que tentávamos construir como NASF. O matriciamento está acabando. Não querem que a gente se organize para discutir casos, realizar visitas, organizar a devolutiva. Infelizmente parece que o atendimento compartilhado está sendo colocado para segundo plano.*

Em Campinas, durante a pandemia foram implementados novos NASF, valendo-se de trabalhadores com diferentes núcleos profissionais que já atuavam na UBS, o que gerou conflito e descontentamento.

A teleconsulta e o telemonitoramento foi um recurso presente nos 3 campos. Foi utilizado para diagnóstico dos casos de suspeita de COVID-19 com o objetivo de manter o isolamento social, tornando-se depois instrumentos para o acompanhamento de casos definidos como prioritários. Houve demora na chegada de protocolos oficiais, o que gerou dificuldades e inseguranças. No iní-

cio, as unidades não tinham infraestrutura tecnológica e os profissionais utilizavam celulares pessoais para realizar acompanhamento à distância. No geral, há avaliação de que a teleconsulta foi um avanço e que deveria ser incorporada ao cotidiano de trabalho das equipes:

*...no começo ficamos um pouco perdidos porque nossas agendas tinham sido canceladas... As teleconsultas nós começamos a fazer sem as orientações oficiais, a gente começou a conversar e decidiu o que ia fazer e o que não faria. Então passamos a ligar para os pais das crianças que atendemos em grupos para saber como estava o isolamento, a escola, as questões de saúde.*

Nos municípios de Campinas e São Paulo, os relatos retrataram experiências e sentimentos ambivalentes na relação dos usuários com os serviços. Alguns usuários e profissionais apontaram para um sentimento de desamparo e abandono, com a fragilização do vínculo.

Na atenção específica à COVID, profissionais e usuários avaliaram que o atendimento prestado foi de boa qualidade, pois houve monitoramento constante. No entanto, em São Paulo, a fragilização do vínculo dos usuários com a unidade e trabalhadores da saúde por conta da dificuldade do acesso ao cuidado às outras questões de saúde trouxe insatisfação e culminou em situações de violência da população em relação aos profissionais.

Nos 3 municípios foram suspensos os espaços coletivos. Em São Paulo a orientação da gestão foi de cancelamento de reuniões das equipes. Essa decisão gerou sentimentos de angústia, distanciamento e conflito entre profissionais por entenderem que estes espaços de conversa eram fundamentais para reorganizar os processos e planejamento dos fluxos de atenção.

*Gerou uma angústia não poder fazer reuniões, então nós trocamos muitos comentários ou informações pelos corredores, para tentar sanar ou tentar acalmar essa angústia de cada um relacionada ao atendimento dos seus pacientes.*

No Rio de Janeiro e Campinas, conversas diárias ocorriam informalmente nos corredores, em outros espaços abertos ou por meio do Whatsapp, e foram avaliadas como positivas para discutir o planejamento das atividades.

Os trabalhadores da saúde inicialmente foram exaltados pela mídia e pela população como heróis, mas esta forma de reconhecimento não foi suficiente para eliminar o contexto de precariedade vivenciada e a sensação de desvalorização. O sofrimento associou-se à sobrecarga de trabalho, à baixa autonomia, ausência da cogestão no coti-

diano dos serviços e ao desinvestimento na APS, com férias canceladas e ampliação da jornada de trabalho.

Em São Paulo e Campinas alguns profissionais classificados como grupos de risco foram afastados do trabalho gerando mal-estar na equipe. Além disso, em diversos momentos profissionais precisaram ser afastados por suspeita e diagnóstico de COVID-19 e a falta de reposição por parte da gestão aumentou a tensão e sobrecarga dos trabalhadores que se mantiveram em atividade.

Nos 3 municípios, os profissionais vivenciaram a desvalorização pelo trabalho realizado, tanto do ponto de vista dos direitos dos trabalhadores, quanto pelo contexto social e político de desvalorização da APS e falta de condições de trabalho adequadas, fazendo parecer “*que este trabalho não era essencial*”. Esses aspectos geraram questionamentos dos profissionais sobre a importância do trabalho realizado, acarretando desânimo e desmotivação:

*[...] ver seu trabalho assim abandonado, o projeto de saúde da família ignorado, é muito duro. Faz parecer que nosso trabalho é supérfluo, não é?*

Em relação à vacinação, houve diferenças no modo de oferta pelos municípios e ela foi mais uma demanda que aumentou a sobrecarga de trabalho. Em São Paulo e no Rio de Janeiro, a vacinação, desde o início, ocorreu dentro das UBS e em polos descentralizados em locais de grande circulação. Em Campinas, a opção foi por não realizar a oferta nas UBS, priorizando a vacinação em 5 centros de imunização, onde o acesso se deu através de cadastro e agendamento pela internet.

No início, a oferta de testes era inexistente e quando foi disponibilizada, os protocolos foram definidos pelas gestões locais. Com o avanço do acesso aos testes rápidos, somente o município do Rio de Janeiro organizou grandes centros de testagem de modo complementar às UBS.

### **Eixo 3: Relação APS e SUS: percepção de trabalhadores e usuários**

Os resultados da pesquisa apontaram que nas 3 cidades, trabalhadores e usuários apresentam diversas percepções sobre o SUS e a APS.

Em Campinas, trabalhadores denunciaram que vem havendo descaracterização da ESF e os usuários indicaram que há necessidade de resistência por parte dos movimentos sociais<sup>23</sup>:

*É triste de dizer, mas Campinas está numa situação difícil. Eu converso com muitos colegas que sentem que a cidade abandonou o modelo de saúde*

*de da família e tem focado somente em atendimentos. Não se pensa em outras ofertas de cuidado, em outras estratégias.*

*Não podemos desistir da luta social, porque se desistir aí que não vai pra frente mesmo né, é um trabalho de formiguinha. Eu tenho contato com várias pessoas de associações de moradores antigos, e tudo o que foi conquistado aqui foi através de muita luta mesmo, não foi nada fácil.*

Os trabalhadores também apontaram que o ponto forte da APS é o cuidado longitudinal, mas que o modelo de atenção ainda é médico centrado, enquanto usuários corroboram com essa percepção denunciando a falta de ações preventivas, ao mesmo tempo que procuram predominantemente por assistência médica:

*Eu vejo que tanto os profissionais quanto os usuários focam muito no atendimento médico, e infelizmente Campinas tem essa lógica médico-centrada na Atenção Básica, onde quase todos os atendimentos acabam envolvendo um encaminhamento para o atendimento médico e essa crença que o médico tem a capacidade de resolver tudo, como se outros profissionais não tivessem uma capacidade de intervenção.*

Para os trabalhadores entrevistados em São Paulo o SUS é uma política pública capaz de garantir o acesso e ampliação dos direitos da população. Referiram também que a população desconhece o funcionamento do SUS e os fluxos da rede, gerando conflitos e tensões na relação com os trabalhadores:

*Seria importante fazer uma boa educação em saúde, o qual ainda não foi possível, a população não compreende a função da prevenção, e vem buscar na UBS o mesmo atendimento imediatista que encontrariam numa AMA.*

Para os usuários de São Paulo, apesar das dificuldades com os fluxos do sistema, quando conseguem ter acesso e se tornam adscritos a uma equipe ESF, a atenção recebida é destacada como de qualidade:

*Nessa época, eu ainda não passava nesse posto daqui, eu passava num posto lá na Estrada das Lágrimas [...]. Eu tentava, mas não podia passar no posto daqui. Só podia quem morasse do outro lado da avenida. Já faz uns 6 meses que agora todo mundo do lado de cá também pode passar lá. Naquele posto não tinha as meninas que passam na nossa casa como esse posto daqui tem. Não tenho nem nota para dar para essas meninas, para a médica que me acompanha agora. Seria muito mais que dez.*

Apesar do SUS ser visto como capaz de promover saúde, na conjuntura atual os trabalha-

dores entrevistados de São Paulo concordaram sobre as dificuldades de se garantir um bom cuidado. Foram apontadas questões como o financiamento inadequado, o número de profissionais insuficiente, as precarizações e desconstruções do SUS e da APS pela burocratização, cobrança por metas e produtividade, prejudicando um cuidado com maior acolhimento e escuta:

*Um de nossos companheiros médicos não aguentou a rotina, está afastado, e como ele tem outros [...]. Os afastamentos por Burnout passaram a ocorrer, e mais do que a metade da equipe passou a tomar remédios.*

Para os usuários de São Paulo, verificamos que a percepção sobre o SUS e APS em geral não se dá através de um discurso baseado no direito e na política. Ela aparece na experiência que têm com o sistema. A relação com a APS é vista de forma diferente antes e depois da pandemia, já que antes a UBS era o local da rede com porta aberta para seu acolhimento e criação de vínculo. Com a pandemia e a reorganização do processo de trabalho, os vínculos se fragilizaram e a relação com a APS se tornou mais restrita. Destaca-se no município como maior entrave para os usuários, a dificuldade de acesso aos exames e aos especialistas. Usuários que já haviam vivido a experiência de ter tido um plano privado de saúde e depois o perderam, alegavam que nos planos os exames e consultas com especialistas eram mais rápidos que no SUS. Destacaram também que, quando conseguem a vaga para consulta com o especialista ou para exame, depois de muito tempo de espera, ainda são mandados para algum lugar da rede longe de casa. Essa distância faz com que muitos não consigam comparecer, pois precisam arcar com o transporte. Por conta dessa barreira, recorrem a serviços particulares de caráter popular, nos quais se paga para atendimento com médico especialista, realizando também os exames nesses locais:

*Quando passei no Hospital Heliópolis me encaminharam para cirurgia de varizes e, já nos exames preparatórios, apareceu que eu tinha arritmia. Fiquei morrendo de medo e tive que fazer um montão de exames pelo “Doutor Consulta”. Gastei mais de dois mil reais só em exame.*

No Rio de Janeiro houve entre os entrevistados a percepção de valorização do SUS. Alguns dos trabalhadores relataram um novo perfil de usuário, ao qual denominaram “novo usuário na APS”, formado por indivíduos que pouco utilizavam os serviços e que passaram a reconhecer a relevância de um sistema de saúde abrangente:

*...muitos usuários passaram a acessar o SUS, especialmente aqueles que contraíram a COVID e*

*descobriram que o plano de saúde privado muitas vezes não cobria a terapia intensiva [...]. Isso trouxe outra perspectiva e olhar do cidadão comum para o SUS, que sempre foi visto com um sistema público para pobre e preto.*

A maioria dos usuários exaltou o trabalho realizado pela APS, como bom atendimento pelos profissionais. A valorização da prática dos profissionais no acompanhamento dos casos de COVID, especialmente a partir de novos dispositivos de cuidado como o telemonitoramento, também foi ponto de destaque:

*... foi comunicado na TV que o SUS ligava pra saber notícias. O SUS ligou mesmo e tomou conhecimento de como eu estava!*

Outro aspecto no campo Rio de Janeiro relaciona-se à concepção do SUS como direito abrangente que, apesar dos diversos problemas, mostrou-se fundamental na pandemia, seja na garantia de acesso aos serviços de saúde, no tratamento de doenças e até mesmo na manutenção da vida:

*A saúde não é só raio X, receita e remédio. Saúde é quando a pessoa tá trabalhando, se o pai tem dinheiro pra comprar o gás, se a mãe tem o filho estudando, indo pra academia e caminhar na praia, é estar bem.*

As Clínicas de Família (CF) foram vistas pelos usuários como a principal porta de entrada dos serviços de saúde por acolherem suas principais demandas. A boa relação e vínculo com os profissionais das equipes é narrada por quase todos os entrevistados, com destaque ao trabalho desenvolvido pelo ACS. Ainda que apontem problemas como falta de medicamentos e acesso a alguns exames e procedimentos, em geral os relatos no Rio de Janeiro foram de elogios e reconhecimento das práticas dos profissionais.

Tanto usuários quanto trabalhadores dos 3 municípios relataram preocupações e incertezas com relação ao futuro do SUS, e principalmente da APS. Essas preocupações, para um trabalhador de Campinas, estão relacionadas ao financiamento inadequado, precarização dos serviços, possibilidade de adesão a um modelo de atenção centrado no pronto atendimento e terceirizações presentes no cenário político de desinvestimento em políticas públicas:

*Eu fico preocupado com o futuro, porque acho que ainda vão acontecer muitas terceirizações e que a qualidade do serviço vai piorar com isso. Eu vejo que infelizmente a privatização está caminhando a passos largos e que talvez chegue uma hora que o pessoal vai dar um jeito de acabar com o servidor público.*

#### **Eixo 4: Território, coletivos organizados e ativismo social**

A ausência do Estado nos territórios de maior vulnerabilidade induziu ao surgimento de coletivos organizados e ações de ativismo social<sup>23</sup>, com objetivo de suprir as necessidades básicas da população frente à crise socioeconômica agravada pela pandemia. Esse movimento se deu de forma diversa nos municípios analisados.

Em Campinas e São Paulo foi possível perceber que os espaços de participação social, como os conselhos locais de saúde de Campinas, e conselhos gestores de São Paulo, sofreram uma desmobilização, atribuída, em São Paulo, ao cancelamento das reuniões presenciais e dificuldade de adesão à modelo on-line. Esse enfraquecimento já estava ocorrendo anteriormente, sendo apenas agravado pelo contexto pandêmico:

*O conselho está enfraquecido, mesmo tendo uma boa gestora aqui, que sempre tenta compartilhar as informações, a gestão compartilhada não avança. [...] Então, como vou ajudar?*

*Antes, em antigas gestões, o trabalho da ESF era feito junto ao povo, pensando nas necessidades da população, trazendo atores sociais para disputar os projetos dentro do conselho. O povo era convidado, fazíamos reuniões na UBS, quantas vezes não organizamos plenárias? Agora está diferente, a UBS se esvaziou do povo, as próprias ouvidorias não são mais utilizadas por grande parte da comunidade.*

Em relação a produção de uma organização coletiva e comunitária, em São Paulo e Campinas houve um empobrecimento e uma ausência de ações coletivas. Os trabalhadores relataram um modo individualizado de ação solidária da população, que em sua maioria passa a maior parte do tempo fora do território:

*Temos aqui no território uma maioria de adultos jovens sem a consciência de que eles são a força. Essas pessoas trabalham, só vem à unidade com pressa, quando precisam muito de alguma coisa, não reconhecem que este serviço tem a ver com a vida delas, que elas podem contribuir para uma melhora.*

Nesses municípios foram encontrados poucos relatos de coletivos que se organizaram junto à APS para promover projetos de orientação comunitária. Houve algumas ações pontuais de articulação da UBS com a rede intersetorial para distribuição de cestas básicas, álcool em gel e máscaras e algumas ações pontuais educativas para orientar sobre a prevenção de infecção por COVID-19. O que mais foi encontrado foram relatos de lideranças que realizaram algum trabalho

voluntário, bem como algumas associações e entidades religiosas, em especial as igrejas evangélicas, mas sem o envolvimento e articulação com a UBS local:

*Aqui no bairro, recebemos a ajuda de religiosos, igrejas católicas e evangélicas, de líderes comunitários, de agentes da própria prefeitura, e principalmente de um grupo de pesquisadores do Mackenzie.*

No Rio de Janeiro, o panorama mostrou-se diferente. O surgimento de coletivos organizados nos territórios durante a pandemia foi apontado como uma fundamental estratégia de ativismo social, frente à marcante ausência de ações protetivas do poder público junto à população.

Esses coletivos organizados atuaram principalmente na distribuição de cestas básicas e insumos como máscaras e álcool em gel, junto a estratégias de comunicação comunitária como forma de enfrentamento aos impactos da pandemia nesses territórios vulneráveis. O coletivo LabJaca<sup>24</sup>, constituiu-se como um observatório de dados formado no Jacarezinho, como desdobramento do projeto “Jaca contra o Corona”. Nesse território em especial houve uma participação ativa da UBS nessa mobilização, tanto como ponto de apoio para as ações, quanto na identificação das famílias com maior vulnerabilidade:

*Teve também um projeto – “Jaca contra o Corona” –, que estava se mobilizando, doando cestas básicas, brinquedo, roupa, foram muitas doações. Ai a gente aqui na clínica acabou apoiando porque conhecemos o território; fomos divulgando, selecionamos as famílias mais vulneráveis.*

O coletivo Tamo Junto da Rocinha recebeu Medalha de Mérito da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, como reconhecimento do trabalho realizado para garantir o abastecimento, informação e educação na favela durante a pandemia<sup>25</sup>.

#### **Considerações finais**

Apesar da presença de serviços de APS nos territórios e o seu vínculo com as comunidades locais nas 3 cidades pesquisadas, a pandemia se deu em um contexto já existente de precarização do SUS e da APS, o que impediu que suas ações para o enfrentamento fossem mais eficazes. Essa situação foi agravada pela postura do governo federal em relação à pandemia, que deixou estados e municípios à deriva, sem cumprir seu papel orientador a nível nacional.

Para os trabalhadores o ambiente foi de medo, dúvidas e exaustão; o que não os impediu de resistirem e reinventarem suas práticas. Para

os usuários, além do medo, foi preciso enfrentar barreiras de acesso aos serviços, o rompimento do acompanhamento longitudinal e o aumento da vulnerabilidade social e territorial, que levaram a dificuldades no cumprimento de medidas sanitárias.

Os diferentes modelos de gestão adotados, seja com prestação direta de serviços pelo município, ou através de OSS, não tiveram influência

nos resultados encontrados. Outro destaque, foi o potente ativismo social no Rio de Janeiro, que em parceria com a APS, fez diferença no enfrentamento da pandemia em seus territórios.

Reafirmamos, portanto, que uma APS robusta, capilarizada e vinculada ao território é fundamental no enfrentamento de situações de emergência sanitária, como a que presenciamos com a pandemia de COVID-19.

### **Colaboradores**

AR Campos e GWS Campos: concepção, produção e análise dos dados, aquisição de financiamento, investigação de campo, metodologia, gestão da pesquisa, redação e revisão final do artigo. AC Gutiérrez, PS Costa, TV Anéas e ACD Rosa-Cómitre: concepção, produção e análise dos dados, investigação de campo, metodologia, gestão da pesquisa, redação e revisão final do artigo. JA Nahoum: redação e revisão final do artigo.

### **Financiamento**

Esta pesquisa foi realizada em um período de emergência sanitária de quase 3 anos, obteve financiamento da Fundação Open Society e apoio executivo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
3. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.
4. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat S, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):161-76.
5. Giovanella L, Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel FB, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Observatório Covid-19 Fiocruz; 2022. p. 201-2016.
6. Ventura DFL, Reis R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. *Direitos Pandemia* 2021; 10:6-31.
7. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396(10255):874.
8. World Health Organization (WHO). *Painel do coronavírus da OMS (covid19)* [Internet]. [acessado 2023 fev 20]. Disponível em: <https://covid19.who.int>.
9. Freire NP, Castro DA, Fagundes MCM, Ximenes Neto FR, Cunha ICKO, Silva MCN. Notícias sobre a Enfermagem Brasileira na pandemia da COVID-19. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE02273.
10. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):131-151.
11. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, Schiesari LMC, Bigoni A, Costa CF, Massuda A. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a covid 19: uma análise preliminar. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):15-32.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1090-1096.
14. Campos AR. *Antecedentes da implementação do SUS - Sistema Único de Saúde - em Campinas-SP* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
15. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
16. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):927-938.
17. Elias PE, Cohn A. O PAS no município de São Paulo: novos desafios para velhas questões. *Rev Adm Publica* 1998; 32(2):167-184.
18. Guedes JS, Santos RMB, Di Lorenzo RAV. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). *Saude Soc* 2011; 20(4):875-883.
19. Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2755-2766.
20. Anéas TV. *O Apoio Paideia e o NASF no município de São Paulo* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018.
21. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
22. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009 [acessado 2023 maio 15]. Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.
23. Cunha GT, Campos GWS. Método paidéia para gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo* 2010; 11(1):31-46.
24. LabJaca. *Favela gerando dados* [Internet]. [acessado 2023 maio 19]. Disponível em: <https://www.labjaca.com/sobre>.
25. Lopes O. *Coletivo Tamo Junto Rocinha recebe maior honraria da Câmara do Rio* [Internet]. 2022 [acessado 2023 maio 19]. Disponível em: <https://falaroca.com/medalha-tamo-junto-rocinha/#:~:text=A%20C%3%A2mara%20Municipal%20do%20Rio,a%20C%3%A7%C3%B5es%20sociais%20realizadas%20na%20Rocinha>.

Artigo apresentado em 21/05/2023

Aprovado em 25/07/2023

Versão final apresentada em 27/07/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva