



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

POLÍTICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: uma análise das determinações ministeriais para a atenção primária à saúde

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO ¹
ISADORA DAS GRAÇAS FREITAS ²

RESUMO: O presente artigo é fruto de projeto de pesquisa de uma Universidade pública e apresenta uma análise das determinações do Ministério da Saúde no período da pandemia, destacando a atenção primária à saúde (APS). Identificamos que o governo federal direcionou de forma clínica o trabalho da APS, secundarizando o desenvolvimento de um trabalho centrado no território e na educação em saúde.

Palavras- Chave: Saúde, pandemia, atenção primária.

ABSTRACT: This article is the result of a research project at a public university and presents an analysis of the determinations of the Ministry of Health in the period of the pandemic, highlighting primary health care (PHC). We identified that the federal government clinically directed the work of PHC, placing the development of a work

1 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal De Juiz De Fora

2 Estudante de Graduação. Universidade Federal De Juiz De Fora

centered on the territory and on health education in the background.

Keywords: Health, Pandemic, Primary Care.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é decorrente de projeto de iniciação científica desenvolvido em uma Universidade pública e teve como problemática o debate da determinação social da saúde e a pandemia da COVID-19. A pesquisa teve início em 2020 e encerramento em 2022, e avançou na identificação dos impactos da pandemia do coronavírus em sua relação com as expressões da questão social e as desigualdades postas na sociedade brasileira; além de analisar as políticas governamentais de combate à pandemia em sua relação com a determinação social do processo saúde/doença.

Como é de conhecimento, a pandemia da covid-19 assolou o mundo em março de 2020, trazendo rebatimentos em todas as esferas da sociedade e da vida humana. Convém destacar, porém, que o enfrentamento do coronavírus passa por um debate de classes, considerando que o vírus atinge pessoas de formas diferentes a depender da classe social, raça/etnia, gênero e sexualidade.

É importante ressaltar que a pandemia da covid-19 acirrou ainda mais as expressões da questão social, como as condições de trabalho, de moradia, alimentação, habitação, as violências, entre outras, sendo a população da periferia a mais atingida pelos impactos da pandemia, levando em conta que doenças infecciosas atingem a população de acordo com as desigualdades já existentes e produzidas pelo Capital.

No Brasil, vimos o desenvolvimento de uma política governamental de combate à pandemia direcionada pelo obscurantismo e o ataque à ciência, e uma não transparência dos dados acerca da pandemia. Além disso, temos “a intensa disseminação de informações falsas na mídia, em especial via internet, o que

costumeiramente se chama de fake news” (SOUZA, 2020, p. 2475).

O IBGE (2020) demonstra que quase 34 milhões de pessoas tiveram COVID-19 no Brasil e tivemos até agosto de 2022 mais de 682.000 mil mortos (BRASIL, 2022). Além disso, Souza (2020) sustentado nas análises da Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que esses números podem estar subestimados a nível mundial, na medida em que não se realiza a testagem de todos os sintomáticos, situação ainda mais agravada no Brasil, se considerarmos a sua inserção dependente no modo de produção capitalista (que incide na sua capacidade produtiva, insumos, tecnologias e etc).

Nesta produção, apresentaremos o direcionamento das políticas do governo federal para a atenção primária à saúde, apontando a uma pesquisa que realizamos a partir do site oficial do Ministério da Saúde na qual identificamos as publicações de Portarias, Notas Técnicas e outros documentos orientadores sobre à Covid-19, como guias e fluxos correspondentes ao ano de 2020.

Portanto, o objetivo deste trabalho consiste em travar um debate sobre a Covid-19 e o direcionamento do combate à pandemia no Brasil e também apresentar os direcionamentos e desafios postos pela política governamental à Atenção Primária à Saúde, fazendo uma interface com alguns elementos encontrados a partir da pesquisa realizada.

DESENVOLVIMENTO

Covid-19 e o direcionamento do combate à pandemia no Brasil

O processo de mundialização do Capital, das pessoas, da vida em sociedade, diz muito sobre como o coronavírus circulou pelos países em um curto espaço de tempo ocasionando assim a pandemia da Covid-19. Contudo, Souza (2020) ressalta que a COVID-19 nos mostra o entrelaçamento entre social e biológico.

Nesse sentido, ainda que as bases sociais estejam dadas com a mundialização do capital, determinações biológicas específicas precisam se articular a essas possibilidades objetivas para resultar na pandemia experimentada em 2020. Não é qualquer doença infecciosa que se tornará pandêmica ou que será transmitida tão rapidamente entre os indivíduos. A combinação de fatores como a novidade do agente etiológico, seu potencial de transmissibilidade, o grau de imunização da população, as medidas de profilaxia e tratamento mais ou menos conhecidas, entre outros aspectos que compõem esse processo (SOUZA, 2020, p. 2473).

O que a disseminação do coronavírus, em termos mundiais, tem nos mostrado é a afirmação da determinação social desse processo: ou seja, o modo de adoecer, e sua possibilidade de prevenção, cura, tratamento e reabilitação tem vinculação direta com as desigualdades postas na sociedade e projetadas no conjunto denominado de expressões da “questão social”.

Destaca-se que o enfrentamento do coronavírus passa por um debate de classe e, claramente, atinge mais a população da periferia, que por vezes não tem nem água encanada e tratada para fazer os cuidados necessários e que não tem condições de ficar em isolamento social pois precisa trabalhar para sobreviver.

Sendo assim, as desigualdades produzidas pelo próprio Capital atuam no sentido de reafirmar a culpabilização do sujeito em relação a sua contaminação, apontando para responsabilidade dos sujeitos no processo de prevenção. Assim o Estado é eximido da sua responsabilidade enquanto garantidor da Proteção Social aos sujeitos.

Cabe assinalar que o nível de escolaridade das pessoas também interfere na forma como elas têm acesso à informação e de que forma analisam a gravidade da situação. O Brasil é um país extremamente desigual e, portanto, ainda hoje existe um grande número de analfabetos no país, o que é um fator que somado ao grande movimento de disparos de informações falsas pelos diversos veículos de comunicação, tornou-se um complicador para o controle da pandemia.

Isto posto, cabe ressaltar que a Política de Saúde no Brasil tem sofrido muitos impactos devido aos sucessivos ataques e desmontes do SUS, impulsionados ainda mais no governo Bolsonaro. A forma como o governo administrou a crise sanitária

no país, negando a ciência e omitindo informações, interferiu diretamente no controle da pandemia e na vida da população.

As diversas trocas de Ministros da Saúde durante a pandemia, atestam para a instabilidade do governo federal na condução de ações efetivas de controle a pandemia, além de representar um enorme desrespeito desse governo para com a população brasileira. A ausência de uma política governamental que desse conta de garantir proteção durante o isolamento social requerido pela pandemia retrata a face mais cruel desse governo e o descompromisso com a sobrevivência de milhares de pessoas.

A Atenção primária à saúde: direcionamentos e desafios postos pela política governamental

A Atenção Primária à Saúde (APS) é concebida como uma estratégia de organização do sistema de saúde que funciona como porta de entrada dos serviços e deve ter como base a integralidade, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe, a focalização na família e a orientação comunitária (MENDES, 2002).

Inserida no SUS, a APS é uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde que possui uma forma característica de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos existentes no sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da população, com implicações na sua articulação com os outros serviços de saúde (MENDES, 2000 *apud* MENDES 2002).

Na APS, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal resposta que os órgãos governamentais têm oferecido à crise do modelo assistencial tradicional. Seu objetivo é a reorganização da prática em novas bases, em substituição ao modelo tradicional orientado para a cura de doenças e para hospitalização. Portanto, o PSF é considerado como um território dos fazeres, que tem como possibilidade a produção de um Cuidado em Saúde numa perspectiva cuidadora (FRANCO; MERHY, 2003).

O PSF surge como um território do Cuidado em Saúde (FRANCO; MERHY, 2003), uma vez que é um recurso estratégico para ampliação do acesso aos serviços de saúde e para o exercício da universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade no SUS. O PSF está baseado em uma visão ampliada do processo saúde-doença. Essa visão, por ser abrangente, ultrapassa as concepções biologizantes e curativas dos problemas de saúde, e direciona o foco de sua atuação para o usuário, sua família e a realidade em que vivem.

Torna-se oportuno ressaltar também, de acordo com Franco & Merhy (2003), que o trabalho nos estabelecimentos de saúde, dentre eles o desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) é tradicionalmente organizado de forma parcelada, verticalizada, com o médico no centro do processo de atendimento ao usuário. O trabalho fragmentado, superespecializado, centrado em um único saber, nos procedimentos e exames, dificulta a interação dos trabalhadores com o seu próprio trabalho, com seus pares e com os usuários.

Um correto entendimento da APS deve ser orientado por seus princípios ordenadores (MENDES, 2002; STARFIELD, 1992) que perpassam por:

- Primeiro contato: implica na acessibilidade e no uso de serviços devidos a um problema de saúde;
- Longitudinalidade: requer a existência de conhecimentos regulares de cuidados pela equipe de saúde que devem ser utilizados de forma consistente ao longo do tempo, propiciando a construção de um ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- Integralidade: exige a prestação de serviços que atendam às necessidades da população, responsabilização pela oferta de serviços nos outros níveis de atenção e reconhecimento da doença como sendo determinada por fatores biológicos, psicológicos e sociais;
- Coordenação: implica a garantia de continuidade da atenção, através do reconhecimento de problemas que requerem seguimento contínuo.
- Focalização na família: consideração da família como sujeito da atenção, exigindo da equipe de saúde uma interação com essa unidade social e o conhecimento de suas necessidades de saúde.

- Orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares baseadas na realidade física, econômica, social e cultural em que estão inseridas.

Assim, Andrade et al (2006) apresentam que um sistema de saúde baseado em APS deve ter como características: acesso e cobertura universal; atenção integral e integrada; ênfase na prevenção e na promoção; atenção focalizada na pessoa em sua totalidade e em suas necessidades de saúde; ênfase nas respostas necessárias às comunidades locais e seu entorno; orientação familiar e comunitária.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil³ a atenção primária é caracterizada por um conjunto de ações de saúde no nível individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A APS deve se desenvolver através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe sob populações de territórios definidos. As equipes de saúde devem assumir a responsabilidade sanitária e considerar a dinâmica existente nesse território.

A estratégia tem na sua essência a localização central no espaço territorial, por excelência o *locus* operacional do programa. É nesse espaço que comparece todo arsenal de conhecimentos circunscritos na epidemiologia e na vigilância à saúde. Associada à noção de território tem-se a ideia de vínculo, que tem como princípio a construção de referências entre profissionais-usuários (FRANCO & MERHY, 2003).

Importante ressaltar que esta política vem sofrendo severos ataques desde o governo Temer (2016) (BRASIL, 2017) e este, junto com o Governo Bolsonaro (2018-2022) (BRASIL, 2019), provocaram alterações profundas na sua lógica de financiamento e de organização, trazendo graves prejuízos à cobertura populacional, ao controle social e a descaracterização de sua lógica.

Mendes (2022) ressalta que a lógica impregnada pelo governo Bolsonaro:

representa um passo importante em direção ao reforço de um "SUS operacional". Trata-se de focar o financiamento da APS na adoção de

³Portaria Nº. 648/GM de março de 2006, que prevê as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

instrumentos de gestão no interior da administração pública direta, focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema (MENDES et al, 2022, p. 3).

Andrade et al (2006) enfatizam que a ESF deve ser considerada um modelo de atenção primária que engloba estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação comprometidas com a integralidade à saúde, e que tenha como centro a família e o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que a equipe de saúde se insere.

Por isso, ressalta-se a importância das ações da APS, como a prevenção e promoção da saúde e com a participação das pessoas nesses processos, enquanto estratégias para viabilizar o acesso à saúde pública para a população de forma universal e integral. Ações como essas, comprometidas com os princípios defendidos pelo SUS, reforçam a importância desse sistema público de saúde para milhares de brasileiros.

Metodologia da pesquisa

A pesquisa em questão teve como principal objetivo analisar a determinação social do processo saúde e doença e os impactos da pandemia do coronavírus no Brasil, além de analisar as políticas governamentais de combate à pandemia.

Dessa forma, foi realizada uma pesquisa documental a partir do site oficial do Ministério da Saúde, no qual foi encontrado um compilado de publicações de Portarias, Notas Técnicas e outros documentos orientadores sobre a Covid-19, como guias e fluxos correspondentes ao ano de 2020.

Após esse primeiro levantamento, foi realizada uma seleção para catalogar as principais publicações, levando em conta os documentos que abordavam tratativas de diversas temáticas e finalidades. A seleção teve como premissa a escolha de documentos que não abordassem conteúdos repetidos, mesmo que publicados em

períodos diferentes, buscando traçar as principais ações do governo de combate à pandemia.

Assim, após a triagem das publicações e documentos encontrados, foram selecionadas e catalogadas 49 portarias, 42 documentos orientadores sobre a covid-19 — sendo eles divididos entre fluxos, fluxogramas, orientações e e-book — e 7 notas técnicas.

Depois desse processo, foi realizada uma nova triagem a partir do descritor “Atenção Primária”, tendo como foco documentos orientadores para a assistência, tais como manuais, orientações de estruturação dos serviços, fluxogramas, guias, dentre outros.

Após a seleção, foram encontrados quinze (15) documentos relacionados às orientações para a organização do processo de trabalho: Guia de Vigilância Epidemiológica, Fluxo de manejo clínico, Guia rápido de fluxo, Orientações para o registro fast-track no prontuário eletrônico do cidadão do e-SUS AB, Guia rápido de teleatendimento para atenção primária, Protocolo de manejo clínico, Registro de teleconsulta no e-SUS APS, Guia rápido de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal, Procedimento operacional padronizado - EPI e segurança no trabalho para profissionais da atenção primária, Isolamento domiciliar, Adequação do trabalho dos agentes comunitários de saúde, Orientações gerais sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde, Orientações sobre amamentação, Manual de como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia, Diagnosticar para Cuidar - Estratégia Nacional de Vigilância Epidemiológica e Laboratorial.

Foram selecionados também as portarias voltadas para a Atenção Primária à Saúde: Portaria Nº 3.193, de 27 de Novembro de 2020, Portaria GM/MS Nº 3.474, de 17 de Dezembro de 2020, Portaria GM/MS Nº 3.473, de 17 de Dezembro de 2020, Portaria Nº 2.632, de 29 de Setembro de 2020, Portaria Nº 1.444, de 29 de Maio de 2020, Portaria Nº 430, de 19 de Março de 2020. E a Nota Técnica Nº 4/2020-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

Ao realizar a leitura do material selecionado nesta última fase da pesquisa, foi possível identificar que as publicações de documentos e portarias feitas pelo

Ministério da Saúde abordaram um caráter puramente instrumental de organização dos serviços. Contudo, mesmo os documentos que contém direcionamentos para o processo de trabalho, eles possuem uma desconexão com a realidade vivenciada pelos serviços de saúde da atenção primária em tempos de pandemia da covid-19, considerando o colapso vivenciado pelo SUS nesse período.

Para esse artigo, destacamos quatro documentos: Guia rápido de teleatendimento, Fluxo de Manejo Clínico, Protocolo de Manejo Clínico e Guia Rápido de Fluxo, para atestar a forma como os direcionamentos do Governo Federal na condução da pandemia foram puramente técnicos e desconexos com a realidade vivenciada pelo SUS na pandemia, além de serem documentos orientadores coniventes com a omissão dos dados reais da pandemia.

Isso pode ser visto, por exemplo, a partir das orientações do documento “Guia rápido de teleatendimento para atenção primária”, que é um documento que estabelece um fluxo rápido (Fast-track de teleatendimento) de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo casos de Covid-19, visando oferecer agilidade e segurança para as equipes e reduzir o fluxo de pacientes na UBS, por meio de avaliações e orientações via telefone.

Esse documento propõe avaliações e orientações via telefone, considerando que os profissionais que iriam compor a “equipe Fast-Track Covid-19” na atenção primária seriam o agente comunitário de saúde, o enfermeiro (a), médico (a) e auxiliar ou técnico (a) de enfermagem. O guia construído acaba desconsiderando o grande fluxo de atendimentos presenciais que a APS vivenciou pelo fato de ser a porta de entrada para os demais serviços da saúde e por se constituírem enquanto equipamentos territorializados e mais próximos das pessoas e, por isso, seria inviável remanejar esse número de profissionais apenas para esses teleatendimentos. Não houve aumento do número de profissionais das equipes na pandemia, muito pelo contrário, em muitos momentos os equipamentos da APS apresentavam equipes ainda mais reduzidas em detrimento de profissionais contaminados pela covid-19 e afastados temporariamente do trabalho por alguma comorbidade.

O documento traz uma instrução que aponta que o(a) enfermeiro(a) deveria

reavaliar o caso dos pacientes por telefone a cada 48h até completarem 14 dias do início dos sintomas. Dessa forma, é notório que o governo federal ao construir esse Guia de Teleatendimento não leva em conta também a grande demanda já existente para o atendimento de ligações e demandas presenciais nos equipamentos da APS e a urgente necessidade de ampliar as equipes da APS, antes mesmo da pandemia. Além de desconsiderar a importância dos atendimentos presenciais para avaliações e orientações mais precisas e a necessidade de um profissional adequado para cada tipo de avaliação e orientação, não sendo possível implementar esse “teleatendimento” sem estruturação prévia dos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que esse documento é fruto da Portaria nº 467, de 20 de Março de 2020, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia de COVID-19. Assim, por meio dessa portaria, foram autorizadas, em caráter excepcional e temporário, ações de Telemedicina, de interação à distância, que incluiriam atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico, realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS.

Contudo, cabe-nos salientar que pensar em Telemedicina no Brasil requer pensar nas desigualdades sociais existentes no país e a forma como isso incide no não acesso da população às tecnologias da informação. Ou seja, pensar em Telemedicina em um país em que milhares de pessoas não têm acesso à internet, a planos ou crédito para ligações e a aparelhos tecnológicos, significa assumir que parte da população estaria sem acesso à saúde por essa via. Esse tipo de ação fere os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, pois inviabiliza o atendimento das pessoas que mais precisam dos serviços públicos de saúde.

Outro documento encontrado foi o Fluxo de Manejo Clínico que consiste em um documento que vai orientar o fluxo de atendimento clínico para pacientes com qualquer sintoma de síndrome gripal, as prioridades de atendimento, o controle precoce, estratificação da gravidade e manejo clínico (encaminhamentos para atenção especializada ou não), notificações e orientações sobre os cuidados

domésticos para o paciente em isolamento. Esse documento nada mais é do que um fluxograma que desenha o formato a ser seguido para a realização dos atendimentos.

Destaca-se também o Protocolo de Manejo Clínico que é um documento que traz um compilado de informações clínicas e orientações que amplia os elementos orientadores contidos no Fluxo de Manejo Clínico e traz outras orientações para serviços da Atenção Primária à Saúde/ Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) sobre o manejo e controle da infecção COVID-19 e disponibilização de instrumentos de orientação clínica para os profissionais que atuam na APS/ESF.

Além do caráter puramente clínico e técnico do Fluxo de Manejo Clínico e do Protocolo de Manejo Clínico, outro elemento de realce de ambos documentos é a tratativa que se dá às orientações sobre as formas de prevenção da Covid-19, os cuidados domésticos para o paciente que está em isolamento, do seu cuidador e das demais pessoas que residem na casa, além de precauções gerais.

Os conteúdos contidos nos documentos reforçam o puro e simples repasse de informações à população, realçando os elementos da educação bancária, considerando esta enquanto um modelo de educação na qual os educadores “depositam” informações aos “educandos” de forma hierárquica e antidialógica, impossibilitando a participação das pessoas no seu processo de aprendizagem (FREIRE, 2019).

Isso vai na contramão dos princípios que sustentam a Educação em Saúde a partir de uma perspectiva popular, na qual os profissionais de saúde se propõe a dialogar com os pacientes sobre o processo saúde-doença considerando a realidade social vivenciada pelas pessoas, buscando a reflexão e conscientização sobre determinadas temáticas sobre a determinação social da saúde. Portanto, nota-se que a Educação em Saúde é um importante elemento da APS, mas que não foi utilizada e abordada pelo governo no trato à pandemia.

Grande parte dos documentos encontrados nesta pesquisa abordam os termos “fluxo”, “manejo”, “guia” e “protocolo”, como os documentos destacados acima. Esses termos sustentam uma lógica de ordenamento das ações construídas de forma verticalizada e sem conhecimento da realidade vivenciada pelos

profissionais e pelos equipamentos de saúde pública.

Isto posto, infere-se que a Educação em Saúde foi deixada em segundo plano pelo Governo Federal no que concerne às ações voltadas para a APS, já que o mesmo tratou de construir apenas documentos puramente técnicos e informativos para fingir que direcionou minimamente o processo da pandemia da covid-19. O governo consolidou documentos com orientações "preventivas" para a população apenas com o objetivo de culpabilizar os sujeitos pelo seu processo de contaminação, sem ao menos considerar a realidade vivenciada por milhares de sujeitos que não tinham o básico, água encanada e sabão, para fazer seus cuidados pessoais como preconiza as orientações do próprio governo.

Outro documento em destaque é o Guia Rápido de Fluxo que consiste em apresentar o método Fast-Track utilizado para agilizar o fluxo de atendimentos e prioridades nas APS a todos os pacientes com alguma síndrome gripal, sendo incorporado no processo de triagem para garantir que menos pessoas tenham contato com esses pacientes.

Considerando-o também como um documento instrumental, ao longo da apresentação do fluxo tem-se a presença de uma imagem do "Formulário Agente Comunitário de Saúde/Recepcionista" que mostra os dados necessários a serem preenchidos, tais como nome, idade, CPF, sexo, endereço, data de nascimento, telefone, cartão nacional do SUS, dentre outras informações. Além da presença de "Formulário técnico(a) de enfermagem", "Formulário enfermeiro (a)" e "Formulário médico (a)" que traz apenas dois itens a serem preenchidos como identificação do paciente: nome e data de nascimento. Ou seja, é possível identificar que nos dados a serem preenchidos em relação a identificação do paciente, não há o quesito raça/cor.

A omissão dessa informação (raça/cor) camufla os dados reais sobre a população que utilizou de fato os serviços públicos de saúde no Brasil e mascara qual população sofreu mais com os impactos da pandemia da covid-19. Além disso, "A ausência do registro dessa variável também revela o racismo, nos moldes institucionais" (OLIVEIRA et al., 2020, p.10), ou seja, deixar lacunas em relação a produção desses dados relacionados à cor/raça é uma intencionalidade do Estado

voltado para a manutenção das estruturas da sociedade capitalista, alicerçada também no racismo.

Apesar do preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos atendimentos em serviços de saúde ser “parte do rol de objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN) de 2009, sua consolidação permanece frágil” (OLIVEIRA et al., 2020, p.7). Essa fragilidade na produção e registro das informações sobre raça/cor nos serviços de saúde, bem como na ausência da produção de dados sobre a pandemia da Covid-19 de maneira geral, foi um marcador do atual governo, fascista, racista, negacionista e anti-ciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso deste trabalho, foi possível identificar que várias portarias, guias, orientações e notas técnicas apesar de estarem referenciadas no compilado disponível no site do Ministério da Saúde, as mesmas apresentavam-se como links indisponíveis, não sendo possível verificar o conteúdo contido.

Portanto, pode-se afirmar que essa pesquisa possibilitou uma análise do tipo de direcionamento dado pelo Governo Federal no combate a pandemia da Covid-19, a partir dos documentos publicados e disponíveis para acesso.

O resultado final nos mostra que, a ausência de um direcionamento dos serviços de saúde pautado na defesa dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade — trouxe diversas conseqüências para a população pobre do país e para a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O; BUENO, I. C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.783- 836.

BRASIL. *Coronavírus/Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 31 ago 2022.

_____. *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 31 ago 2022.

_____. *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. acesso em 31 ago 2022.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 31 ago 2022.

FRANCO, T.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 161- 198.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 45. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

MENDES, A; MELO, M. A; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, 38(2), 2022.

MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.25.

(suplemento 1), p. 2469-2477, 2020.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

,