

ESTRATÉGIAS FORMATIVAS E ASSISTENCIAIS NA SAÚDE EM UM ANO INIMAGINÁVEL

Delaine Cavalcanti Santana de Melo¹

Lorena Karla Melo da Silva²

Resumo

O presente ensaio sistematiza reflexões a partir de experiências na Atenção Primária em Saúde do Recife, vivenciadas em lugares distintos, porém imbricados nos desafios da construção de estratégias formativas e de assistência à saúde da população em equipes multidisciplinares. A pandemia da covid-19 em curso desde 2020 agudizou o pauperismo da classe trabalhadora e, por conseguinte, as determinações do processo saúde-doença, impondo complexificação ainda maior aos serviços de saúde de base territorial no atendimento às muitas demandas postas no cotidiano. Nesse sentido, no âmbito dos Programas de Residência, coordenadoras/es, profissionais, residentes, usuários/as tiveram que lidar com a precarização dos serviços e da oferta de repostas qualificadas à população com repercussão direta na formação em saúde. O avanço do projeto privatista no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos acentuou a precariedade da atenção à saúde nos diversos níveis de atenção do Sistema e, em particular, na APS por seu estabelecimento no território. As problematizações socializadas nesse escrito foram possíveis dada a vinculação das autoras nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e de Residência Multiprofissional Integrada à Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (UPE).

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Covid-19. Formação de Recursos Humanos. Extensão Universitária.

Abstract

This essay systematizes reflections based on experiences in Primary Health Care in Recife, lived in different places, but intertwined with the challenges of building training strategies and health care for the population in multidisciplinary teams. The covid-19 pandemic that has been underway since 2020 has aggravated the pauperism of the working class and, consequently, the determinations of the health-disease process, imposing an even greater complexity on territorial-based health services in meeting the many demands placed on daily life. In this sense, within the scope of the Residency Programs, coordinators, professionals, residents, users had to deal with the precariousness of services and the provision of qualified responses to the population with a direct impact on health education. The advancement of the privatist project in the Unified Health System (UHS) in recent years has accentuated the precariousness of health

¹ Doutora em Serviço Social, Professora do Departamento de Serviço Social, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPE1. ORCID: 0000-0002-7475-779X. E-mail: delaine.melo@ufpe.br.

² Assistente Social, Especialista em Saúde da Família/UPE. ORCID: 0000-0002-4054-8033. E-mail: lorena.kmello@gmail.com

care at the different levels of care in the System and, in particular, in PHC through its establishment in the territory. The problematizations socialized in this writing were possible due to the link of the authors in the Multiprofessional Residency Programs in Family Health at the Federal University of Pernambuco (UFPE) and Multiprofessional Residency Integrated in Family Health at the University of Pernambuco (UPE).

Keywords: Primary Health Care. Covid-19. Human Resources Training. University Extension.

INTRODUÇÃO

Este ensaio agrega problematizações ante à realidade do ano de 2020, destacando inflexões do contexto pandêmico no cuidado à Saúde, a exigência de mudanças nos itinerários terapêuticos até então aplicados, a responsabilidade pedagógica e assistencial dos Programas de Residência Multiprofissional e os processos saúde-doença agudizados pela condição de pauperização da população.

Em 2020, ano que apontamos como inimaginável, nós, autoras, estivemos vinculadas à Atenção Primária em Saúde do Recife em duas frentes: uma, como assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (UPE), atuante no território que abrange os bairros de Córrego do Eucalipto, Macaxeira e Morro da Conceição. Outra, como tutora de Serviço Social e vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e coordenadora de um Projeto de Extensão que pretendeu induzir práticas qualificadas em saúde na pandemia. Como assistentes sociais e profissionais de saúde, porém ocupando lugares distintos, fomos interpeladas pela emergência sanitária da pandemia da covid-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2. Ambas trilhamos um caminho complexo de aproximação crítica à realidade, proposição, planejamento, implementação de ações e sistematização das experiências vivenciadas; esse escrito é mais um esforço analítico à guisa de socialização da história vivida.

Atuar no campo da saúde, desde a ação pedagógica ou assistencial, implica compromissos teóricos, éticos e interventivos; fundamental acompanhar a dinâmica da produção científica, reafirmar que clínica e política são dimensões imbricadas e entender que as práticas cotidianas são conformadas por esses entre outros elementos. Nessa perspectiva, toma-se como indispensável situar os processos de adoecimento sob a ótica da determinação social nos padrões de adoecimento e morte, já que nesse momento pandêmico é demonstrado que os

grupos populacionais mais pauperizados, são os mais atingidos e concentram as maiores taxas de óbito (DEMENECH et al., 2020).

Cabe ressaltar que o contexto pandêmico não origina a precariedade das condições materiais de existência, mas as acentua e torna ainda mais evidenciada a desigualdade estrutural imposta pelo modo de produção capitalista, ampliada em sua fase atual caracterizada pela financeirização da economia, flexibilização do trabalho e restrito atendimento das necessidades humanas pelo Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua origem confronta-se com distintos projetos em seu interior, o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. Mais recentemente, principalmente a partir do ano de 2016 com a deposição da Presidenta Dilma Rousseff, medidas de austeridade, ultraneoliberais, vêm sendo implantadas pelo governo brasileiro e provocando o desmonte do Sistema nas esferas de gestão federal, estadual e municipal, o qual, apesar de concebido como sistema integral e assentado na base constitucional de que “a Saúde é direito de todos e dever do estado”, comemora 32 anos de existência sem alcançar bases de sustentação orçamentária e gestonária que garantam sua plena consolidação.

A pandemia da covid-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, demandará medidas de contenção do vírus e de cuidados intensificados em saúde em todo o mundo. No Brasil, a pandemia encontra o SUS com capacidade de resposta reduzida dado o impacto da redução de financiamento e seus efeitos deletérios de desmonte do Sistema. Para além dessa ofensiva contra a política de saúde, o cenário político e social brasileiro é conturbado e de giro à extrema direita; o conservadorismo burguês avança nas investidas contra o trabalho e em contrarreformas nas políticas da seguridade social, o que resulta no aprofundamento do pauperismo.

A instabilidade no Ministério da Saúde, exemplificada pela troca sucessiva de ministros nos quatro primeiros meses de pandemia e pela dubiedade de discursos, desdobrou-se em desarticulação e descoordenação técnica, evidenciada na ausência de condução nacional e de ações conjuntas com os governos estaduais e municipais. Rodrigues e Azevedo (2020) consideram que as operações sanitárias, incluindo o processo de imunização dependiam (e dependem) dessa articulação entre os entes federativos e seria fundamental na mitigação e controle da epidemia no território nacional. Nas palavras do professor de saúde coletiva da Unicamp, Gastão Wagner, “temos vários picos de coronavírus em períodos diferentes pelo Brasil, e só uma gestão centralizada seria capaz de frear essa tendência” (VEJA, 2020).

Seguindo a precípua recomendação para contenção da transmissão do coronavírus, a resposta governamental foi de decretação de isolamento e distanciamento social conjugada à

ampliação da rede hospitalar existente, com aumento da oferta de leitos de unidade de terapia intensiva para os casos graves, e estruturação de rede hospitalar provisória exclusiva para covid-19 (DAUMAS et al., 2020). A decisão pelo direcionamento de investimentos aos níveis secundários e terciários da atenção à saúde, embora tenha sido medida indispensável, favorecia também o acesso do setor privado ao fundo público, vez que os hospitais de campanha foram massivamente administrados por Organizações Sociais, esta, mais uma forma de fragilização do SUS.

A opção pelo direcionamento hospitalocêntrico foi amplamente criticado por especialistas, organizações de controle social do SUS e entidades de saúde coletiva do país. Ressaltava-se não faltar ao Brasil aparato técnico especializado e instituições públicas de saúde, aptas à proposição de medidas técnico-científicas integradas e inclusivas das redes de Atenção Básica de contenção da transmissão do vírus e acompanhamento de casos nos territórios.

Desde os primeiros meses de pandemia, denuncia-se a falta de elaboração de um plano nacional de enfrentamento, sistêmico e articulado de toda a rede de atenção à saúde, na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) assumiria papel protagonista considerando-se sua alta capilaridade e experiência no combate a epidemias, como Febre Amarela, Dengue, Chikungunya e Zika (TURCI, HOLLIDAY, DE OLIVEIRA, 2020). O que se verificou, ao contrário, foi o privilegiamento da assistência urgencializada-emergencializada com foco nos casos moderados a graves.

No Recife, por exemplo, algumas Unidades de Saúde da Família foram referenciadas para atendimento exclusivo à covid-19, sendo que a abordagem familiar e comunitária e as ações de promoção e prevenção deixaram de ser ofertadas, o que, em nosso entendimento, deveriam ter sido priorizadas, uma vez que em torno de 80%, os casos assumem formas leves e poderiam ser acompanhados na APS, além de que percentual significativo dos casos moderados buscam a rede básica como primeiro acesso (SARTI et al., 2020).

A APS detém expertise para a realização de ações de vigilância sanitária, de prevenção e educação em saúde, centradas em medidas de proteção, identificação e isolamento dos casos, rastreamento de comunicantes com adoção da quarentena, notificação, acompanhamento em cuidado domiciliar, monitoramento clínico e referenciamento dos casos mais graves para outros níveis de atenção (TEIXEIRA et al., 2020).

Observamos empiricamente certo ‘congelamento’ das equipes da APS e diminuição da oferta assistencial. Mais tardiamente foram implementadas medidas e investimentos direcionados à organização de toda a rede de atenção à saúde, incluindo a atenção básica, a despeito de seu papel central no planejamento e na implementação de ações em saúde.

Movimentos e respostas municipais foram sendo adotadas, inclusive no Recife, tentando recolocar a APS no combate à epidemia e em sua função de coordenação e ordenamento do cuidado no chão dos territórios, aliando processos interventivos pedagógicos e de acompanhamento para não agravamento dos casos confirmados de covid-19.

Ademais, conhecedoras das determinações sociais da Saúde, tendo em conta os sujeitos em contexto, reconhecemos que as condições de alimentação, habitabilidade, acesso regular à água, condições de vida e trabalho, revelou que os segmentos mais pauperizados seriam (foram e são) muito mais amplamente afetados, daí a importância de atuação das redes sanitária e socioassistencial localreferenciadas com investimentos direcionados e ações celeremente implementadas.

Não cabia, portanto, dissensos sobre a essencialidade de resposta sistêmica e articulada da APS e de equipamentos socioassistenciais de base territorial, a ser adotada no controle da epidemia e de atendimento das demais necessidades humanas e permanecemos nesse *front*; a residente, na labuta cotidiana de oferta de cuidado em saúde nas comunidades às quais se vinculava; a docente, somando-se ao coletivo institucional, na mobilização de esforços para manutenção/inserção das turmas de residentes nos campos de prática nesse contexto crítico. Os compromissos assistencial, pedagógico e ético-político moveu-nos à incumbência da função formativa para com os/as residentes e assistencial à população, estando presentes nas equipes dos Serviços de Saúde, formulando e propondo coletivamente ações indutoras articuladas que agregou diversos sujeitos na intencionalidade de produzir saúde e defender a vida³.

1. Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família: Compromisso Formativo e Ético-Político em Tempos Desafiadores

Neste excerto, as autoras abordarão sua inserção e vivências na APS do Recife em 2020, sendo uma como tutora de Serviço Social, vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE e coordenadora de um Projeto de Extensão; outra na ação direta junto à população como assistente social residente de Saúde da Família da

³ No âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, as ações foram conformadas no Projeto de Extensão: Enfrentamento à covid-19: produzir saúde e defender a vida, coordenado pela docente coautora desse ensaio. O projeto, executado no período de maio de 2020 a janeiro de 2021, foi submetido e contemplado via Edital de Movimentação Financeira da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal de Pernambuco (ProExC-UFPE); agregou 26 residentes, 26 docentes e 22 estudantes de graduação da UFPE, além de 18 profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Recife, atuantes na APS, em equipes de Saúde da Família e de Núcleos de apoio à Saúde da Família e Atenção Básica.

UPE, integrada a uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica – Enasfab, da Secretaria de Saúde do Recife.

Os Programas de Residência Multiprofissionais incorporaram-se ao SUS em 2005 e, desde os primórdios, potencializam práticas inovadoras e relevantes, agregando a renovação de quadros de pessoal. Contribuem na qualificação da assistência à população usuária dos Serviços, com o processo de educação permanente dos/das profissionais preceptores/as, aqueles/as que supervisionam os/as residentes, e, para estes/as últimos, com a formação como especialistas.

Tais Programas assumem função estratégica no SUS; particularmente, no tocante à APS, nível de atenção à saúde de base territorial e comunitária. intenciona a consolidação do cuidado dialógico e de proximidade que o rege e cumpre ainda o propósito de formação interdisciplinar e interprofissional, pela possibilidade de múltiplas vivências dos/das residentes ali integrados/das e supervisionados/das por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF/UFPE), foi criado em 2010 e, pela contratualização com a Secretaria de Saúde do Recife, equipes de Unidades de Saúde da Família (USF) e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-ab) dos Distritos Sanitários IV e V, recebem anualmente treze residentes representantes de onze núcleos profissionais, conforme segue: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva, serviço social e terapia ocupacional.

A cada ano dessa década do PRMSF/UFPE, o mês de março foi marcado pela chegada de uma nova turma de residentes; durante todos esses anos, uma turma encerrou e outra iniciou o ciclo formativo de 24 meses. Em 2020 não foi diferente; a nova turma foi recepcionada no início de março e no dia 15 daquele mesmo mês, a UFPE suspendeu as atividades acadêmicas por tempo indeterminado devido ao imperativo de distanciamento social frente à pandemia da covid-19. A coordenação do Programa iniciou imediatamente uma série de diálogos intra e extrainstitucionais⁴ sobre o impasse que se apresentava: de um lado a suspensão das atividades acadêmicas e, de outro, a dificuldade de imediata inserção dos/das residentes nos campos de prática já definidos. Tomando por base a realidade de que os/as residentes, apesar de terem o

⁴ Diálogos e reuniões foram feitos com diversas instâncias consultivas e deliberativas, tais como a Comissão de Residências Multiprofissionais da UFPE (COREMU), os Coordenadores de Residência, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Gerências dos Distritos Sanitários IV e V, equipes dos Serviços referenciadas para inserção dos/as residentes.

vínculo de discentes da Universidade em um curso de pós-graduação *lato sensu*, ao mesmo tempo, tornam-se profissionais remunerados pelo governo federal – via Ministério de Educação ou Ministério da Saúde – ou pelo governo estadual – via Secretaria Estadual de Saúde. Parecia-nos, portanto, fundamental que iniciassem as atividades práticas, garantindo-lhes equipamentos de proteção individual (EPI's) e preceptoria nas atividades a serem realizadas junto à população usuária dos serviços de saúde, considerando, ademais, ser aquele um momento de exacerbada necessidade de assistência à saúde.

Já no início da pandemia, buscamos a coerência entre a intencionalidade formativa e a continuidade da assistência à população e vimos o papel das Residências na APS do Recife ser posto à prova ante à considerável retração das atividades da atenção básica. Uma comissão do coletivo de docentes do Programa passou a problematizar e abrir o debate sobre o cumprimento dos propósitos pedagógico, formativo e assistencial da Residência. Encontros e diálogos sucessivos ocorreram e todo o debate reiterava nosso compromisso ético e político; indicava que, embora o contexto da APS se complexificara, era urgente a inserção dos/das residentes como reforço a ações de prevenção, educação e promoção de saúde junto à população, bem como ao fortalecimento do trabalho das equipes.

Nessa perspectiva, mesmo antes da definição das unidades de saúde nas quais os/as residentes do primeiro ano seriam inseridos/das e diante de dificuldades de permanência dos/das residentes do segundo ano no campo de prática, elaboramos um Projeto de Extensão, como indutor de práticas em saúde e contribuição diferenciada ao enfrentamento à covid-19, visando potencializar ações de educação, promoção e cuidado à saúde. A iniciativa agregou os/as vinte e seis residentes, vinte e seis docentes, vinculados/das a onze Departamentos da UFPE, além de vinte e dois estudantes de sete Cursos de Graduação da Universidade. Esse empreendimento ganhou robustez quando as equipes das Unidades de Saúde da Família Vila União e Skylab e a equipe do NASF-ab, do Distrito Sanitário IV, decidiram pela inserção dos/as residentes no cotidiano de trabalho e, em processo de trocas teóricas e interventivas, aderiram à propositura da ação extensionista.

Tínhamos como subjacente a função social da universidade pública e nossa responsabilidade enquanto Programa de Residência em demarcar a contribuição da formação em saúde materializada no cuidado à população. O Projeto reuniu vinte e dois graduandos/as dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, como membros da Comissão Executora ou participantes, possibilitando novos itinerários formativos com aproximações às equipes de saúde e às necessidades da população.

Com a clareza de que nos manteríamos em contínuo processo de reflexão-discussão-proposição, passamos a estudar e nos reunir frequentemente para apreensão do real que se punha diante de nós, o real do pauperismo e da pandemia. Desenvolvemos pesquisas bibliográfica e documental, identificando publicações e documentos – leis, decretos, normativas e resoluções – que subsidiaram as discussões e o planejamento de ações prioritárias para quatro eixos de intervenção, como sendo: 1) Comunicação e Educação em Saúde; 2) Cuidado em Saúde; 3) Apoio à organização comunitária e acesso a direitos; 4) Acolhimento à população usuária e às equipes/Cuidado ao Cuidador.

No eixo de Comunicação e Educação em Saúde, partindo de temas demandados pelos/as residentes e equipes que estavam em contato direto com a população, foram produzidos e veiculados remotamente nas redes sociais das comunidades previamente mapeadas, 72 materiais socioeducativos; além de terem sido utilizados nos Serviços em ações cotidianas de prevenção junto à população.

O eixo de Cuidado em Saúde foi protagonizado por residentes e profissionais preceptores/as, com desenvolvimento de ações diretas e cotidianas com a população. A finalidade foi de induzir ações de cuidado e assistência, incluindo o diálogo sobre o uso dos recursos tecnológicos na Saúde, como teleatendimento e telemonitoramento, sem excluir acompanhamentos e ações presenciais.

O eixo de Apoio à organização comunitária e acesso a direitos ocupou-se de uma ação fundamental de confecção voluntária e distribuição de 2.000 máscaras de tecido como barreira protetiva, de evidência comprovada, à disseminação do coronavírus, viabilizada pela aquisição de insumos com recurso financeiro investido no Projeto. Nesse eixo também foram desenvolvidas ações de orientação sobre o auxílio emergencial, acompanhamento e encaminhamentos de situações de violação de direitos pelas assistentes sociais da equipe NASF-ab e a residente de Serviço Social.

O eixo de Acolhimento à população usuária e às equipes/Cuidado ao Cuidador, foi concebido a partir do reconhecimento dos impactos subjetivos e objetivos da pandemia, com repercussões na saúde mental da população e das equipes. Nesse sentido, houve oferta de espaço de fala-escuta e apoio especializado dispensado pela profissional preceptora e residente do núcleo de Psicologia.

Para além da vivência direta no Projeto supracitado, o coletivo de residentes do primeiro e do segundo ano, foi inserido em atividades geridas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, como a vacinação da Gripe H1N1, plantões de atendimento na Plataforma de Teleassistência do governo do Estado ‘Atende em Casa’ e incorporação à ação de

telemonitoramento da covid-19 implantado nas Unidades de Saúde da Família do Recife. Participaram também das ações de formação de Agentes Populares de Saúde e Marmitta Solidária, numa parceria com o Projeto Mãos Solidárias do MST, UFPE, UPE. Todo o esforço foi direcionado para manutenção da continuidade da formação e da assistência à população, entendidas como basilares na qualificação dos recursos humanos para o SUS que tem centralidade nos Programas de Residência.

Após essa exposição de uma ação extensionista, entre outros movimentos, com intencionalidade indutora de práticas de cuidado em saúde, segue-se a socialização da experiência da residente de Saúde da Família da UPE no adverso contexto pandêmico e que envolveu busca contínua pela apreensão do real e definição coletiva das melhores estratégias de assistência à população, além de, coincidentemente, também incluir a participação em um projeto de extensão.

Os territórios que se constituem em campo de prática do Programa de Residência Multiprofissional Integrada à Saúde da Família da UPE (RMISF/UPE), áreas de responsabilidade sanitária do Distrito Sanitário VII, bairros de Córrego do Eucalipto, Macaxeira e Morro da Conceição, expressam as múltiplas expressões da questão social, materializadas em dificuldades da população que vive nas regiões de periferia dos centros urbanos. Esses segmentos mais pauperizados convivem com precárias condições de moradia; inexistência de saneamento básico; irregular acesso à água; alta informalidade do trabalho que repercute em renda baixa e irregular, entre outros elementos que acentuam a fragilização das condições de saúde, agravando processos de adoecimento devido à maior vulnerabilidade social.

Com a notificação dos primeiros casos de covid-19 no estado de Pernambuco, em 12 de março de 2020, todo o Sistema de Saúde passou por processos de reorganização para atendimento das demandas advindas da doença ou agudizadas pela transmissão comunitária que se estabeleceu nas semanas seguintes.

Elemento central da reorganização da APS no município do Recife ocorreu a partir da divulgação da primeira versão do 'Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do novo coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife', fato que exigiu novos padrões de assistência à saúde das famílias e comunidades com definição de casos - suspeito, provável, confirmado, descartado, excluído e curado; definição de contatos - pessoa próxima a caso suspeito ou confirmado de covid-19; manejo clínico - farmacológico; organização e otimização do processo de trabalho das equipes de atenção primária (RECIFE. 2020).

No período de março a agosto de 2020, as equipes das USFs e dos NASF-ab, profissionais, residentes e usuárias/os tiveram que lidar com a reconfiguração da APS tanto na oferta quanto na utilização dos serviços. Frente ao sucateamento dos serviços pelo recrudescimento das contrarreformas neoliberais na saúde e em todo o sistema de Seguridade Social, instalar o novo processo de trabalho no território tornou-se uma tarefa quase impossível, considerando as demandas populacionais e a precarização do trabalho das equipes. Para além desses impactos, observou-se o desvanecimento do sentido formativo dos espaços de inserção do coletivo de residentes, uma vez que a diminuição das ações - ocasionada por adoecimento de profissionais, realocação para serviços exclusivos para covid-19, fragilidade dos vínculos trabalhistas -, reverberou na qualidade do processo formativo, principalmente pela proeminência de ações remotas em substituição à permanência nos serviços. Diante da inviabilidade dos espaços anteriormente estabelecidos como campos de prática presencial, os encontros rotineiros de discussões clínicas; supervisão de preceptoria; acompanhamento de tutoria; reuniões de equipe intra e intersetoriais, passaram a ser realizadas em plataformas virtuais, nas quais estiveram sempre presentes o tema das possibilidades de atuação dos/das residentes e equipes da APS nos territórios.

A adaptação ao novo processo de trabalho nos serviços foi sentida intensivamente, principalmente para as turmas do primeiro ano, recém-chegadas no início de março de 2020, nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada à Saúde da Família e de Saúde Mental da Universidade de Pernambuco. Todos/das os/as residentes, no entanto, foram inseridos/das nos territórios referenciados para ações de assistência à saúde dispostas em um Projeto de Extensão intitulado: UPE e Comunidades em Alerta: apoio social no contexto da pandemia da covid-19. O Projeto foi criado e implementado de forma articulada com Movimentos Sociais que lutam por terra e moradia, e a coordenação dos Programas de Residência da UPE, professoras/es e residentes do segundo ano, passaram a desenvolver atividades de prevenção, proteção, acolhimento e ações em rede em três ocupações situadas nos municípios do Recife e de Jaboatão dos Guararapes. As atividades dos/das residentes do segundo ano, que estavam lotados/as nos serviços de saúde, foram ampliadas para apoio às ações das eSF e eNasf-ab no atendimento e monitoramento de casos de contaminação pelo Sars-Cov-19 e de demandas em saúde agravadas pela doença e outras comorbidades. Buscou-se manter minimamente o acompanhamento das demandas em saúde mental através da articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e com a manutenção de atividades de educação em saúde nas USFs. Outra frente de muita potência foi a participação do coletivo de residentes em projetos da organização Periferia Viva, que atuou na formação de Agentes Populares de Saúde no

território do Morro da Conceição e que contou com presença de residentes, profissionais da USF, professoras, estudantes e moradores/as da comunidade.

O processo formativo das Residências também perpassa a capacidade de organização política; essa tem destacada expressão no estado, vez que o Coletivo Pernambucano de Residências em Saúde (CPRS), junto a outras entidades compostas por residentes em todo o país e o Fórum Nacional de Residências em Saúde (FNRS), mobilizam-se e atuam na defesa da formação profissional no SUS e para o SUS. Faz-se necessário evidenciar a organização política realizada para denunciar as estratégias de desmantelamento da saúde, mesmo durante a pandemia. Uma das principais atividades realizadas foi a ‘roda (virtual) de diálogo sobre o Programa ReFORÇA Brasil e as mudanças nas legislações das residências em saúde’, que contou com a participação de mais de 100 pessoas⁵ de todo o país, entre residentes, tutores/as, preceptores/as e coordenações para ampliar a discussão sobre os influxos do novo projeto da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nos programas de Residência Uni e Multiprofissionais.

Essa dimensão política, que no campo do Serviço Social está intrinsecamente vinculada à ética, influi sobre o posicionamento assumido frente a demandas agudizadas pela covid-19 no atendimento às famílias e comunidades. Para tanto, elucidar as determinações sociais da saúde enquanto expressões da questão social e intrínsecos aos processos saúde-doença, opõe-se à compreensão simplista da aparência dos fatos e da tendência subjetivista, culpabilizadora dos/das usuáries/os individualmente por sua trajetória.

Reconhece-se que as condições de existência da classe que vive do trabalho na sociabilidade do capital precarizam-se em momentos de suas crises cíclicas; também é certo afirmar que há impactos profundos sobre a saúde, portanto, intervenções nesse campo se complexificam. O ano de 2020 situou-se nesse cenário de crise do capital, crise econômica e política, crise sanitária; ante esse gravíssimo contexto e suas repercussões na produção e na reprodução social, o conjunto de ações propostas e vivenciadas como extensão universitária, podem parecer pequenas na perspectiva teleológica de transformação social à qual nos afiliamos; ressalta-se, porém, que intenções e gestos cotidianos podem apontar para alcance desse alvo histórico, tendo-se a consciência de que incube-nos a tarefa coletiva de engendrar outro projeto societário tendo como horizonte a emancipação humana.

⁵ Número limite da capacidade da sala virtual do Google Meet.

2. Pandemia na Periferia e Necropolítica em Curso

De acordo com a Universidade Johns Hopkins, no Brasil aproximadamente 11 milhões de pessoas foram infectadas pela doença e aproximadamente 300 mil pessoas morreram (HOPKINS. 2021). Estudos realizados ao longo do ano 1 da pandemia, apresentam perfis e condições de vida das pessoas mais acometidas pela doença. No município do Recife, por exemplo, áreas registradas como Comunidades de Interesse Social (CIS), que são regiões de maior adensamento populacional localizadas na periferia, houve menor registro de casos leves da covid-19, porém com maior quantidade de óbitos comparado a regiões com menor adensamento populacional. Nesses locais há alta presença de pessoas negras (67,66%) com renda per capita média de R\$ 333,5, imbricando os indicadores de raça e pobreza. Estudo do geógrafo e professor Jean Bitoun (et.al., 2020. p. 3) aponta que nas áreas CIS a taxa de letalidade é de 23,2%, considerada muito alta em comparação a estudos preliminares ao redor do mundo que apontavam taxa entre 0,5 e 1% (UOL, 2020).

Em 2020, no Brasil, mais de 14 milhões de pessoas estavam desempregadas⁶. No recente panorama da desigualdade social no Brasil, de acordo com o IBGE: em 2019 o país tinha 6,5% da população brasileira vivendo em situação de extrema pobreza, ou seja, mais de 13 milhões de pessoas. Sem a garantia da sustentabilidade financeira das políticas públicas e sociais, sobretudo as da Seguridade Social - Saúde, Previdência e Assistência Social - a classe que vive do trabalho enfrenta extrema pauperização na atual conjuntura, aprofundada pela implementação de políticas cada vez mais focalistas, que impõem às famílias serem garantidoras das condições objetivas de reprodução da vida.

Na fase de ampliação do neoliberalismo dentro das políticas públicas e sociais, bem como nas regulamentações emergenciais frente ao contexto atual, constata-se o aprofundamento do cenário de barbárie, como analisado por diversas autoras/es no campo do Serviço Social e da Saúde Coletiva. A insaciabilidade e destrutividade do modo de produção capitalista, da sua expansão à crise, produz precárias condições de vida para a classe trabalhadora, o que aponta para a necessidade de contínuo esforço na interpretação da realidade e no direcionamento social na atuação profissional. O Serviço Social, com base em seu Código de Ética profissional, reafirma a defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora, que nesse contexto enfaticamente se expressam como direito à vida.

⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/10/16/mais-de-41-milhoes-de-brasileiros-ficaram-desempregados-diante-da-pandemia-aponta-ibge.ghtml>

A gestão da pandemia da covid-19 no Brasil segue o projeto de desmonte do SUS, de favorecimento do mercado e de facilitação do acesso ao fundo público, com gestão de Hospitais e Serviços Públicos feita por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

O projeto de Saúde gestado pelo atual governo federal, “tem fortes bases na defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas” (BRAVO et. al. 2020. p. 199). Tais medidas estão delineadas sob a Emenda Constitucional (95/2016) que estabelece o novo regime para o orçamento fiscal e a Seguridade Social, estabelecendo o teto dos gastos das contas públicas durante 20 anos, ajustado ao valor da inflação do ano anterior.

As mais recentes determinações do governo federal delineiam a privatização da Atenção Básica (AB) em Saúde, marcadamente com a portaria 2.979/2019 que institui o Programa 'Previne Brasil', a qual estabelece novo modelo de Atenção Básica utilizando-se de parâmetros economicistas sob a lógica da produtividade: capitação ponderada; pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas com indicadores populacionais do território, tipo de território (urbano-rural) e condição de vulnerabilidade da população atendida. Destaca-se que tal proposta de financiamento da AB, não menciona em seu texto a permanência das equipes NASF-ab, ficando a critério da gestão municipal mantê-las ou não. Outrossim, o Decreto Presidencial 10.530/2020, até então revogado, dispunha de mais uma estratégia de financiamento da AB no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos com o objetivo de elaboração de estudos para parcerias com a iniciativa privada (BRASIL. 2020).

As contrarreformas do Estado brasileiro incidem duramente sobre o trabalho e ampliam as possibilidades de exploração com acentuação da precarização da vida. A contrarreforma do Trabalho oficializa mudanças na legislação protetiva, representada pela lei 13.467/2017 que passa a regulamentar as ‘novas relações de trabalho’ (BRASIL. 2020) alinhadas à ampliação das jornadas de trabalho, prevalência de acordos coletivos em detrimento das disposições do Ministério do Trabalho, fragilização dos vínculos trabalhistas e desobrigação de recolhimento mensal para sindicatos, entre outras ofensivas de favorecimento ao patronato. Sob esse precedente foram regulamentadas novas legislações como a Lei 14.020/20, a qual, devido ao estado de calamidade pública, regulamenta Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda destacadamente trazendo a redução proporcional de jornada de trabalho e de salário; a suspensão temporária do contrato de trabalho, inserindo amplo grupo de trabalhadores/as em novo programa de 'Benefício Emergencial de Preservação para o Trabalho' com recebimento de parcelas mensais pagas pelo empregador e pelo governo (BRASIL. 2020).

O aumento de casos e de óbitos por covid-19 no país, aparece como uma trilha anunciada pelos/as especialistas uma vez que não foram adotadas medidas eficazes de contenção do vírus e que deveriam envolver coordenação nacional da crise sanitária, rígido isolamento social com garantia de renda para os segmentos trabalhadores que sobrevivem das atividades informais. Indiferente a essas proposições, o governo federal assume uma postura negacionista, obscurantista e de polarização entre Saúde ou Economia e parece entregar a população à própria sorte, ocasionando ondas crescentes de transmissão do vírus e, conseqüentemente, a possibilidade de colapso do Sistema de Saúde. Esse quadro não repercute, no âmbito da gestão pública em Saúde, em estratégias eficientes de prevenção nos locais em maior vulnerabilidade, o que deveria ser feito com o fortalecimento da rede de APS. De acordo com estudo, realizado pelo Instituto Pólis, sobre a distribuição das vacinas na capital São Paulo, é necessário compreender os efeitos desiguais da pandemia sobre o território para

Identificar as regiões das cidades onde o vírus mais circula e onde ele mais faz vítimas constitui uma leitura central no combate à covid-19, porque aponta quais as áreas mais fragilizadas pela infecção e que, portanto, poderiam (ou deveriam) ser priorizadas em um processo de vacinação (OPERAMUNDI-UOL. 2021).

Contrário a esta perspectiva, observa-se o reforço a estratégias pautadas quase unicamente aos *slogans* de biossegurança: ‘fique em casa’ e ‘lave as mãos’, imperativos de higienização e isolamento social os quais esbarram nas questões estruturais de acesso a recursos básicos, especialmente renda, habitação, saneamento e água. Nessa perspectiva entra na pauta de análise o direito à cidade, uma vez que as determinações sociais da saúde resultam em níveis maiores ou menores de proteção. A problematização da Política Urbana adensa a discussão das cidades na racionalidade capitalista e como o direito à cidade reverbera no direito à saúde. Conforme publicação do Conselho Federal de Serviço Social tem-se que

a questão urbana, como particularidade da “questão social”, é a expressão da distribuição desigual das atividades humanas na organização socioespacial do processo de produção e reprodução do capital e é também forma de resistência e de luta entre as classes sociais que compõem a estrutura social no contexto das cidades (BURNETT; SILVA *apud* CFESS. 2014).

A organização socioespacial das cidades é cercada de contradições, sobretudo nas periferias dos centros urbanos, visto que a composição é majoritariamente de trabalhadores/as pobres, com restrito acesso a políticas compensatórias, resultando na alta informalidade das relações de trabalho, bem como no desemprego. Observa-se a discrepância entre os equipamentos públicos de promoção à cidadania e os aparatos coercitivos do Estado presentes nesses territórios; o funcionamento do segundo em detrimento do primeiro, expressa a

criminalização da pobreza e a responsabilização das famílias pauperizadas pelo vilipêndio dos seus direitos, traduzida pela noção de familismo⁷.

Cabe ressaltar que a discussão sobre o perfil das famílias que fazem uso dos serviços de saúde e dos serviços públicos de modo geral, engendra os estudos sobre a feminização da pobreza (MIOTO et.al. 2015). A análise histórica sobre o lugar das mulheres (cis) e, em particular, das mulheres negras, também é objeto na teorização da consubstancialidade capitalismo-patriarcado-racismo, como sistemas de exploração e opressão cujas demarcações são perceptíveis nos bairros periféricos onde estivemos inseridas.

Constitui-se em tarefa fundante à atuação nesses territórios, compreender a forma de organização social capitalista e os rebatimentos do atual estado de recessão e crise sanitária, ocasionada pela pandemia da covid-19, nas demandas históricas da classe trabalhadora, sobretudo as que são localizadas nas periferias dos centros urbanos. Assim, as políticas urbana e de saúde foram forjadas nas lutas pelo direito à terra e pelo direito à vida, campos de disputa histórica e de monopólio do capital empresarial. Nesse sentido, trazem perspectivas de mudanças estruturais em seu bojo, por isso os fortes ataques a elas direcionados, e a negação do acesso pela classe dominante e pelo Estado na operação de uma necropolítica em curso.

Em nosso entendimento, o que está em curso é uma política de morte, contradizendo a função precípua que deveriam assumir os governos na garantia de bens e serviços à população e na defesa da vida. Segundo Gomes (2020, p. 119) “o país padece de um mal tão grave quanto a pandemia, que é ser conduzido por um governo neofascista, propagador do obscurantismo, desinformação, intolerância, exclusão, violência e almeja a morte como projeto”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à pandemia existem nexos entre letalidade e pauperismo e isso dita desafios aos campos de conhecimento e profissões, à gestão pública, aos movimentos sociais. O fato de a maioria dos mortos serem pobres, não nos permite tomar distância da imbricação entre os processos de adoecimento e as condições materiais de existência.

O Estado é um campo de disputa dos interesses de classe, nesse ambiente de antagonismo, pode haver maior ou menor permeabilidade a conquistas da classe trabalhadora.

⁷ Termo utilizado criticamente para apontar, não apenas a centralidade da organização familiar nas políticas de reprodução social, mas sua responsabilização pelo atendimento das necessidades e pelo cuidado dos membros mais frágeis, por vezes, sem a devida contrapartida do Estado.

O momento atual é de forte ofensiva burguesa e de derrotas do trabalho com o aprofundamento da precarização nas condições que garantem a manutenção da vida.

Os desafios que o atual contexto impôs aos serviços públicos, uma vez que são esses espaços que a maioria da população busca para acessar seus direitos constitucionalmente garantidos, revelam os limites das políticas ultraneoliberais no Brasil. A devastadora ampliação das contrarreformas tem inviabilizado a vida de milhares de pessoas que necessitam de acesso a políticas de proteção social, ainda mais urgentes no tempo presente de crise sanitária, econômica e social. Os campos da Saúde e da Educação Superior, aqui exemplificados pelas experiências partilhadas e problematizadas, assumem funções indispensáveis no país, seja pela atuação direta em processos preventivos e curativos da população, seja na formação de novos quadros profissionais. Contraditoriamente, esses campos, representados pelo SUS e pelas universidades públicas, vêm sendo duramente atacados com a intenção última de serem convertidos em mercadoria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10530.htm>. Acesso em: 15 mar. 2021.

_____. *Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm>. Acesso em 15 mar. 2021.

_____. *Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114020.htm>. Acesso em 15 mar. 2021.

BRAVO. Maria Inês de Sousa, PELAEZ, Elaine J., MENESES, Juliana S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 10 mar. 2021.

BITOUN, Jean. (et. al.). Nota Técnica – Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife 05/06/2020. Projeto Meios informacionais digitais interativos na produção e difusão de orientações para públicos específicos sobre a Covid-19. *Observatório UFPE Covid-19*. UFPE. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39626/0/notaCOVID.pdf/f91dab20-1ee5-4af9-87f8-b48028b05535>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Atuação de assistentes sociais na Política Urbana: subsídios para reflexão*. Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014-2017). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-SubsidiosPoliticaUrbana-Site.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.6, p. e00104120, 2020.

DEMENECH, L. M. et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 23, p.1-12, 2020.

GOMES, Victor Leandro Chaves. A morte como projeto. *Para além da Quarentena: reflexões sobre crise e pandemia*. LOLE, A, STAMPA, I, GOMES, R. L.R. (Orgs.). Rio de Janeiro: Mórula Editorial/Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social-PUC/Rio, 2020. p. 116-120.

JOHNS HOPKINS, 2021. COVID-19 Map - Johns Hopkins *Coronavirus Resource Center*. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social Revista*, Londrina, v.12, nº.12, p 163-176, jan/jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

OPERAMUNDI, 2021. *Vacina contra covid-19 na cidade de São Paulo: uma proposta de abordagem territorial*. Disponível em: <<https://operamundi.uol.com.br/coronavirus/68565/vacina-contracovid-19-na-cidade-de-sao-paulo-uma-proposta-de-abordagem-territorial>>. Acesso em: 13 mar. 2021.

PROGRAMA ReFORÇA BRASIL. Disponível em: <<https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Projeto-de-reestrutura%C3%A7%C3%A3o-dos-Programas-de-Resid%C3%A2ncias-M%C3%A9dicas.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

RODRIGUES, J.; AZEVEDO, D.A.D. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. Espaço e Economia. *Revista brasileira de geografia econômica*, Goiânia, n. 18, p.1-12, 2020.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 29 [internet]. 2020 abr [citado em 2 jun. 2020]. 29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 14 jun. 2020.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, e2020494, 2020.

TURCI, M.A; HOLLIDAY, J. B; DE OLIVEIRA, N.C.V.C. A Vigilância Epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde. *APS em Revista*, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 44-55, 2020.

UOL, 2020. Vivabem 05/10/2020. Covid-19: letalidade da doença ainda intriga cientistas e médicos. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/10/05/o-enigma-da-letalidade.htm>. Acesso em: 21 fev.2021.

VEJA, 2020. *Queda de dois ministros em apenas um mês deixa Saúde à deriva*. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/queda-de-dois-ministros-em-apenas-um-mes-deixa-saude-a-deriva/>. Acesso em 08 mar. 2021.