

**A COVID-19 E AS SINGULARIDADES SOCIOESPACIAIS: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO OPERACIONALIZADO NOS TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE-PE**

**COVID-19 AND SOCIO-SPATIAL SINGULARITIES: ANALYSIS OF THE WORK PROCESS OPERATIONALIZED IN THE TERRITORIES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN RECIFE-PE**

**Mauricéa Maria de Santana**

Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Recife, PE, Brasil  
[mauriceasantana@gmail.com](mailto:mauriceasantana@gmail.com)

**Mirelly dos Santos Abilio**

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Fisioterapia, Campina Grande, PB, Brasil  
[mirellyabilio@servidor.uepb.edu.br](mailto:mirellyabilio@servidor.uepb.edu.br)

**Maurício Monken**

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
[mmonken@fiocruz.br](mailto:mmonken@fiocruz.br)

**Katia Rejane de Medeiros**

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, PE, Brasil  
[katia.rejane@fiocruz.br](mailto:katia.rejane@fiocruz.br)

**RESUMO**

A chegada da Covid-19 nos territórios periféricos torna necessária a reorganização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Este estudo objetivou analisar o processo de trabalho operacionalizado por equipes da Estratégia de Saúde da Família, no contexto da Covid-19, relacionando-o com singularidades socioespaciais dos territórios de vinculação no Recife, estado de Pernambuco. Estudo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido pela técnica de Grupo Focal, realizado por videoconferência em três grupos, contemplando as equipes: Núcleo Ampliado em Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família dos oito Distritos Sanitários do Recife. A análise dos produtos utilizou a técnica de Análise Temática, baseada em indicadores teóricos do processo de trabalho e singularidades materiais e simbólicas. Observou-se que a Covid-19 impactou as comunidades de forma abrangente agravando vulnerabilidades existentes, assim como, que a operacionalização do trabalho se direcionou ao cuidado individual e curativo, resultando no distanciamento entre ações desenvolvidas e necessidades ampliadas decorrentes do contexto pandêmico. Reconhece-se, como limite do estudo, a insuficiência quantitativa da caracterização dos impactos ampliados da Covid-19, indicando a necessidade de novos estudos para a compreensão mais detalhada da realidade nos territórios de atuação da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Recife.

**Palavras-chave:** Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Território sociocultural. Vigilância em Saúde Pública. Saúde das comunidades.

**ABSTRACT**

The arrival of Covid-19 in peripheral territories makes it necessary to reorganize the work process in the Family Health Strategy. The aim of this study was to analyze the work process operated by Family Health Strategy teams in the context of Covid-19, relating it to the socio-spatial singularities of the territories where they work in Recife, in the state of Pernambuco. This is an exploratory study of a qualitative nature, developed using the Focus Group technique, carried out by videoconference in three groups, including the teams: Expanded Family Health Center, Community Health Agents and Family Health from the eight Health Districts of Recife. The products were analyzed using the Thematic Analysis technique, based on theoretical indicators of the work process and material and symbolic singularities. It was observed that Covid-19 has had a wide-ranging impact on communities, aggravating existing vulnerabilities, and that the operationalization of the work has focused on individual and curative care, resulting in a gap between the actions developed and the broader needs arising

from the pandemic context. A limitation of the study is the insufficient quantitative characterization of the broader impacts of Covid-19, indicating the need for further studies to gain a more detailed understanding of the reality in the territories where the FHS operates in the city of Recife.

**Keywords:** Covid-19. Primary Health Care. Family Health Strategy. Work process. Sociocultural territory. Public Health Surveillance. Health community.

## INTRODUÇÃO

Com casos inicialmente descritos na China, no final de 2019, e com estado de pandemia declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020, a Covid-19 representa um dos maiores desafios no campo da saúde pública mundial (Opas/Brasil, 2021). No mundo globalizado, a velocidade de contágio, além do potencial de gravidade da doença, requisitou do setor saúde a adoção de medidas estratégicas de reorganização das redes de atenção e a tomada de decisões que impactaram a vida de toda a população (Sarti *et al.*, 2020; 2021; Giovanella *et al.*, 2021).

Embora as repercussões desta crise multifacetada tenham se alastrado no mundo, não atingiram igualmente toda a população. Evidências teóricas e práticas comprovam a estreita relação entre a disseminação da Covid-19 e as vulnerabilidades socioeconômicas nos distintos territórios (Minayo; Freire, 2020; Estrela *et al.*, 2020; Gondim, 2020; Khalidi, 2020). Assim sendo, o comportamento da doença resulta da combinação entre nível de desenvolvimento socioeconômico, acesso ao apoio-diagnóstico e assistencial, bem como capacidade de prevenção e controle da transmissão do vírus e da doença através de um conjunto de medidas não farmacológicas (Fiocruz, 2020).

O contexto socioeconômico mundial, bem como, os efeitos da globalização aprofundaram assimetrias econômicas e sociais entre os países do mundo. No ambiente neoliberal, há forte preocupação com lucros, além da compreensão de que as desigualdades, inclusive de saúde, são inevitáveis e até mesmo necessárias (Santos, 2020; Coburn; Coburn, 2014). Assim, é possível afirmar que, pelas suas características, o novo coronavírus potencializou vulnerabilidades e desigualdades mais do que as criou (Matta *et al.*, 2021). Esse aprofundamento atinge especialmente países em desenvolvimento, como o Brasil, o que torna imprescindível que na análise da situação de saúde e das respostas adotadas sejam consideradas as estruturas de poder vigentes (Ribeiro, 2020; Ceolin; Nascimento, 2021).

No Brasil, o Estado assumiu uma clara defesa de fragilizar seu papel de garantia da saúde e adotou postura negacionista, além de desacreditar a ciência e propagar notícias falsas e inverdades sobre métodos de prevenção, bem como, o potencial de gravidade da doença (Ortega; Orsini, 2020). A conduta escolhida demonstrou incompetência nas ações imediatas e urgentes, necessárias para frear a disseminação do vírus, ademais, falta de articulação para adotar as medidas de médio e longo prazo; garantidoras de subsistência à população, diante da recessão econômica que se anuncia (Ribeiro, 2020).

Pode-se afirmar que, no Brasil, à crise epidemiológica e sanitária somaram-se as crises políticas, sociais e econômicas. Em uma sociedade historicamente caracterizada por uma cidadania hierarquizada, uma pequena parcela populacional detém privilégios sociais, jurídicos, econômicos e simbólicos, baseados na sua posição de valorização econômica (Santos, 1997). Nesse sentido, a compreensão da abordagem da determinação social é a chave para entender como a pandemia afetou os brasileiros de modo desigual, porque, em emergências como esta, políticas de proteção e contenção nunca são universais (Santos, 2020).

Consoante às medidas internacionais, o Brasil adotou inicialmente, como métodos principais de contenção: o distanciamento físico, o uso de máscara e a higiene das mãos (Marques *et al.*, 2021). Ocorre que nem todos os cidadãos incorporaram estas medidas, pois, mesmo sendo susceptíveis à infecção pelo SARS-CoV-2, o acesso a bens, serviços e direitos torna determinados grupos sociais mais expostos a casos graves e a maiores consequências sociais (Ventura, 2015; Barreto, 2017; Ceolin; Nascimento, 2021).

De acordo com a determinação social, as relações sociais construídas ao longo do tempo, conectadas às dimensões biológicas e sociais, mutuamente se influenciam e resultam em desgaste ou fortalecimento na vida das pessoas (Langdon; Wilk, 2010). É nos territórios que estas interações são materializadas concretamente, de modo que, neles, são produzidas singularidades socioespaciais.

Reconhecer as demandas e a multidimensionalidade dos territórios de adscrição é essencial para potencializar a capacidade operacional do sistema de saúde local em adotar medidas efetivas (Gondim; Monken, 2017; Haesbaert, 2014; Santos, 1999).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) estruturou-se tendo por referência o Modelo de Vigilância em Saúde, incluindo, entre seus pilares, o território e o reconhecimento das necessidades nele expressas, sendo, inclusive, a base para a organização dos serviços de saúde e de ações intersetoriais (Teixeira; Solla, 2006; Brasil, 2017). Entretanto, desde 2017, a nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pelo Ministério da Saúde; intensificou mudanças estruturais na Atenção Primária à Saúde (APS), que comprometem a organização do processo de trabalho com base territorial e o reconhecimento das necessidades de reprodução social (Morosini *et al.*, 2020).

Mesmo tendo uma ESF com um histórico de sucesso no enfrentamento de epidemias e com exemplos bem-sucedidos de outros países que ativaram precocemente ações da APS, o Brasil seguiu a tendência internacional e priorizou estruturas de alta complexidade para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, com foco em ações curativas, baseadas na lógica biomédica e hospitalocêntrica (Medina *et al.*, 2020; Fernandez; Lotta; Correa, 2020; Giovanella *et al.*, 2021).

A operacionalização do processo de trabalho no cotidiano das equipes envolve, portanto, uma relação entre o objeto, o sujeito da ação e os meios ou instrumentos; que, respectivamente, se referem às necessidades, ao profissional que desenvolve as ações e ao conhecimento ou tecnologias empregadas. Todos estes componentes se relacionam com a finalidade específica que busca a transformação da realidade expressa no objeto (Mendes-Gonçalves, 2017). Considerando o arcabouço do processo de trabalho da ESF, esta é uma potente ferramenta na contenção de crises sanitárias como a da Covid-19 (Giovanella *et al.*, 2020).

Na cidade do Recife, no Nordeste brasileiro, os primeiros casos de Covid-19 ocorreram em áreas abastadas, mas rapidamente se disseminaram para a periferia. O governo municipal adotou o isolamento social, a compra de equipamentos médico-hospitalares e a contratação temporária de profissionais de saúde, associados a mudanças organizacionais no processo de trabalho das equipes da ESF (Recife. Prefeitura, 2020a; 2021d).

Parte-se do pressuposto teórico e evidências empíricas de que a Covid-19 afeta de forma diferenciada grupos populacionais que vivem em territórios vulnerabilizados, sendo estes, em sua maioria, o cenário do trabalho na ESF. A vivência no cotidiano da rede APS Recife aponta que as ações propostas e desenvolvidas para a reorganização do processo de trabalho na ESF concentram-se numa lógica de cuidado individual e curativo e não abrangem suficientemente a amplitude da repercussão da pandemia de Covid-19 relacionadas às singularidades socioespaciais do território de vinculação. Tudo isto resulta em distanciamento entre as necessidades de reprodução social e o processo de trabalho operacionalizado durante o contexto pandêmico.

Apesar das evidências da reorganização do processo de trabalho da ESF, há escassez de estudos que contemplem os impactos da Covid-19 em sua amplitude, contextualizando o processo de trabalho no cenário das necessidades reais das populações. Assim, este estudo objetivou analisar o processo de trabalho operacionalizado por equipes da ESF, no contexto da Covid-19, relacionando-o com as singularidades socioespaciais dos territórios de vinculação no Recife-PE.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, caracterizado como estudo de caso, que operacionalizou, na etapa exploratória, a técnica de Grupo Focal (GF), que consiste em comunicação e interação dos sujeitos da pesquisa (Minayo, 2014). Realizado na cidade do Recife, analisou-se o período de março de 2020 a março de 2021, recorte temporal que envolve os dois períodos mais críticos/restritivos da pandemia no Recife, e considera também os limites de prazo para conclusão do estudo.

Foram incluídos nos GF indivíduos com vínculo ativo durante o período de coleta de dados, que trabalharam e dispunham de conhecimento quanto ao processo de trabalho operacionalizado pela equipe durante a pandemia de Covid-19; que também possuíam equipamentos eletrônicos com acesso à internet (celular, notebook e/ou computador de mesa) e concordaram em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Considerou-se como critério de exclusão a presença de adoecimentos ou problemas de ordem diversa que comprometessem a capacidade cognitiva e/ou comunicação verbal do indivíduo. Primou-se pela inclusão de participantes que representassem múltiplos segmentos profissionais,

mas que mantivessem vínculos com mesmo território; de modo a favorecer a leitura quanto às singularidades socioespaciais.

Foram realizados três grupos focais por videoconferência cuja composição assegurou representação de todos os Distritos Sanitários do Recife. Ao total, o estudo incluiu 24 participantes, sendo oito em cada GF; considerando que uma participante do GF1 apresentou dificuldades técnicas no manejo da plataforma, que impossibilitaram sua comunicação, deu-se a perda amostral. Deste modo, ao final, foram consideradas nas análises o quantitativo de 7 participantes no respectivo grupo. O número de participantes condiz com o defendido por Aschidamini e Suape (2004), ou seja, composição entre seis e doze participantes. O Quadro 1 sumariza informações dos grupos, códigos atribuídos e total de participantes incluídos nas análises.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes por Grupos Focais realizados

Código	Grupo	Total de participantes
GF1	Profissionais das Equipes Núcleo Ampliado em Saúde da Família (eNASF)	07
GF2	Agentes Comunitários de Saúde	08
GF3	Técnicos de Nível Superior (TNS) das ESF	08
Total de incluídos na pesquisa		23

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os GF aconteceram em julho de 2021, tiveram duração máxima de 120 minutos (Aschidamini; Suape, 2004) e foram conduzidos por dois membros da equipe deste estudo; uma assumiu papel de coordenação dos debates grupais, enquanto que, a outra desenvolveu atividade de relatoria para registro da dinâmica. Considerando o recomendado por Mazza, Melo e Chiesa (2009), a organização sequencial foi de: leitura coletiva do TCLE, declaração de aceite dos participantes, acolhimento e apresentação dos componentes, descrição dos objetivos do encontro, esclarecimento das dúvidas dos sujeitos, início dos debates – guiados por perguntas condutoras; apresentação da síntese, validação coletiva e avaliação do encontro.

Após o lançamento das perguntas condutoras, realizada pela coordenação do grupo, os participantes se inscreviam para falas utilizando ferramenta própria da plataforma digital (*emoticon* de mão), de modo que, havia ordenamento da participação dos indivíduos. Embora não tenha sido fixado tempo de falas individuais, considerando o tempo máximo disponível para cada GF, coube a coordenadora dos debates mediar a participação dos indivíduos permitindo distribuição equilibrada do tempo na abordagem dos eixos: 1) processo de trabalho; e 2) singularidades socioespaciais.

A análise dos produtos de cada grupo foi feita pela técnica de Análise Temática ou Categorical proposta por Bardin (2011). As transcrições dos debates foram feitas com base nos indicadores teóricos: 1) processo de trabalho – componentes, ações de competência e atributos da APS; e 2) singularidades socioespaciais, subdividido nos componentes de singularidades materiais e simbólicas.

A frequência de presença ou ausência dos núcleos de sentido no texto conduziu a identificação de três categorias: *as singularidades socioespaciais e as repercussões da pandemia de Covid-19 nos territórios da ESF no Recife, PE; a operacionalização do processo de trabalho na ESF no contexto pandêmico; as singularidades socioespaciais no contexto pandêmico e o processo de trabalho proposto e realizado: reflexões oportunas.*

O estudo compõe a Tese de Doutorado em Saúde Pública, intitulada “Territórios e singularidades socioespaciais na estratégia de saúde da família: uma análise do processo de trabalho na pandemia da Covid-19 no Recife-PE”. Portanto, em conformidade com pressupostos éticos que envolve as pesquisas com seres humanos, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM/FIOCRUZ PE, sob o CAEE 47023521.4.0000.5190 e o parecer de nº 4.799.872.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de incluídos na pesquisa foi, majoritariamente, composto por indivíduos autodeclarados como do gênero feminino (n=21; 91,3%); sendo os únicos representantes do gênero masculino componentes do GF2. O GF1 contou com representação de profissionais assistentes sociais (n=2), fisioterapeutas

(n=2), nutricionistas (n=2) e psicólogos (n=1). Dentre os membros do GF3 houve participação de enfermeiras (n=4) e dentistas (n=4); não houve presença de profissionais médicos por ausência de indicação das próprias equipes.

### **AS SINGULARIDADES SOCIOESPAIAIS E AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS TERRITÓRIOS DA ESF NO RECIFE, PE**

Os participantes de todos os GF descrevem que os territórios de atuação das equipes têm características heterogêneas quanto às condições de vida; contudo, predominam áreas com infraestrutura precarizada, denominadas pelo sujeito como territórios de grande vulnerabilidade social.

“Temos comunidades diferentes em relação à renda, algumas tem acesso a saneamento e água, já tem outras que moram sem a mínima infraestrutura, chega a passar 15 dias sem água nas torneiras, não tem sanitários dentro de casa, tem dificuldade de telefonia e acesso à internet, o que dificulta o acesso aos serviços. As vias de acesso as moradias são de barro, transporte público não passa, o acesso é restrito. Tem muitas áreas com casas de taipa, coberta com telhas de amianto e chão batido, tem até casa em palafitas” (GF1).

As condições materiais de vida (moradia, trabalho, renda e acesso a bens e serviços) produzem singularidades e desigualdades sociais nos territórios. Considerando o conceito ampliado da saúde, estas características potencializam o trabalho da ESF em atender as necessidades populacionais através da atenção e do cuidado integral da população em seus contextos de vida, os territórios (Giovannella *et al.*, 2020).

Quanto às repercussões da pandemia de Covid-19 nos territórios da ESF no Recife, os participantes destacaram desemprego, fome, precariedade de moradia, falta de aparelho telefônico e de acesso à internet, evasão escolar e dificuldades com o auxílio emergencial. O que revela que para além da dimensão clínica ressalta-se a interface da Covid-19 com as desigualdades sociais existentes no território de vinculação das equipes:

“De um modo geral nos territórios a gente só viu o agravamento das condições de vulnerabilidades, relacionado ao impacto do desemprego que ampliou assustadoramente as situações de fome, que já vinha se agravando depois do golpe de 2016, mas obviamente com a pandemia isso ficou mais profundo. Ainda tem áreas que as casas são pequenas, conjugadas, sem ventilação e não tem acesso a esgoto, nem todos têm o banheiro equipado com o básico necessário. Além disso por conta do desemprego os filhos que eram casados não conseguiram pagar aluguel e voltaram para casa dos pais” (GF1).

“Ficou evidente o quanto o acesso às tecnologias digitais é muito limitado na nossa realidade. A grande maioria foi buscar ajuda na unidade para fazer o cadastro da vacina. Outra questão muito real é que, como não conseguem manter as recargas eles perdem o número e trocam de número com muita frequência. As pessoas que vendiam doces e bolos não têm internet pra postar seus trabalhos, e acabam zerando sem renda. Alguns comunitários têm acesso a essas internet de bairro, com preço mais baratinho ou internet clandestina que a conexão é bem fraquinha” (GF3).

“Teve muita evasão escolar, devido à falta de aparelho celular e internet para acompanhar o ensino remoto, a falta de conhecimento dos pais para dar suporte nas tarefas. Mas a situação ficou mais grave com os estudantes de ensino médio, por conta do aumento a fome a maioria dos jovens tiveram que ir trabalhar. E outro motivo da evasão escolar foi que muitos deles se envolveram com o crime e foram presos” (GF2).

“Só depois de muito sofrimento foi que teve o auxílio emergencial, que eu chamo “auxílio-funeral”, pois botou todo mundo nas filas da lotérica de banco muito aglomerado, foi um transtorno imenso para quem não tinha celular. Os que não tinham internet penaram muito. Em geral teve pessoas que precisavam e não conseguia e os que não precisavam e conseguiam receber o auxílio” (GF2).

Os relatos desvelam as iniquidades em saúde e as imposições do modelo econômico excludente, ademais a fragilidade das medidas adotadas pelo governo federal. Para Matta e colaboradores (2021), o contexto pandêmico amplia e aprofunda as desigualdades de populações já expostas às iniquidades sociais. Os resultados acima descritos, se coadunam com estudo que discute os impactos sociais da Covid-19 (Thedim *et al.*, 2021) e reafirma que populações em contexto de exclusão são desigualmente afetadas, por conta das inúmeras diferenças em seu contexto de vida.

Com relação às singularidades imateriais ou simbólico-subjetivas, relacionadas à dimensão cultural do território, os grupos reconheceram que o contexto pandêmico evidenciou características positivas, como solidariedade e resiliência, sendo estas, traços marcantes e potentes na comunidade; assim como citam o crescimento das violências:

“A comunidade se ajuda entre si, são solidários. São muito resilientes, eu vi muita gente se reinventar, teve gente fazendo produto de limpeza caseiro, outros que estão fazendo sacolé, bolos, tortas e saem vendendo” (GF1).

“[...] Mesmo antes da pandemia a comunidade menos favorecida ficava mais na rua, pois é na rua que eles buscam refúgio. A casa é pequena, quente, abafada, então eles só entram em casa para comer e para dormir. “Fique em casa” dentro da comunidade não funciona” (GF3).

“Aumentou muito a violência contra as mulheres e contra crianças. [...] Houve um aumento da violência como um todo, a venda de drogas cresceu muito e o número de prisões” (GF2)

“Na comunidade o discurso negacionista do Presidente da República e de várias lideranças religiosas é repetido como verdade, ‘eles dizem que tudo isso é invenção da mídia’, ‘que o atestado de óbito é forjado para vir dinheiro para o governo do Estado’. A pandemia foi minimizada, desacreditada não só pela população, até hoje tem profissionais de saúde que se nega a tomar a vacina. [...] Mesmo vendo vários casos de óbitos na comunidade eles repetem o ‘ditado popular de que só morremos quando temos que morrer’ representando nenhum temor a morte” (GF2).

As características subjetivas destacadas nos GF remetem à reflexão proposta por Santos (1999), para quem as singularidades socioespaciais resultam da interseção entre as forças externas e a ordem local; ou seja, através da interação social cotidiana são produzidas relações de copresença, vizinhança, intimidade, emoção, cooperação, socialização, interdependência e contiguidade. Sob a perspectiva da dimensão cultural, cada território possui uma identidade própria tecida ao longo do tempo, resultado da articulação dos sistemas econômico, cultural, político e institucional, que imprimem saberes, regras, normas, hábitos e comportamentos singulares para cada lugar (Santos, 1994; Fernandes *et al.*, 2018).

Quanto ao comportamento das pessoas nas periferias durante a pandemia, reflexões importantes são necessárias, dentre elas o conceito de “habitus”, trabalhado por Wacquant (2007), que decorre das habilidades treinadas e tendências estruturadas orientadoras de modos de pensar, sentir e agir em um meio social específico. Baseada na psicologia social e política, a mediação do discurso negacionista pode ser entendida como ação social estruturada para produzir fatos objetivos e regimes de verdade. A partir disso, entende-se a legitimação do discurso presidencial pela população periférica (Hur; Sabucedo e Alzate, 2021).

Os trabalhadores relatam, dentre os impactos na saúde, o número expressivo de casos e óbitos por Covid-19, assim como; os crescentes problemas de saúde mental, descompensação dos pacientes com doenças crônicas, aumento dos problemas alimentares e dificuldades no cadastro de gestantes, e ainda nos serviços de reabilitação. Além disso, os obstáculos resultantes da concomitância com as epidemias de arboviroses.

“A Covid-19 contaminou e matou muita gente na comunidade. [...] A questão do adoecimento mental piorou muito, cresceu incidência de surtos dos pacientes que sofrem de esquizofrenia, quase sempre estamos precisando acionar o SAMU para fazer contenção e internamento dessas pessoas. Foram muitos casos de pessoas com alterações de humor, quadros de ansiedade, depressão, em todas as faixas etárias, essas pessoas entram em sofrimento mental” (GF1).

“A pandemia trouxe agravamento das condições de alimentação, principalmente alimentação não saudável, levando ao sobrepeso e situações de obesidade, tivemos muitos casos de pessoas que engordaram 20, 30 quilos nesse período de pandemia. Percebemos muito problemas com as pessoas hipertensas e diabéticas, a chegada de muitos diabéticos descompensados. [...] Houve agravamento das pessoas que precisavam de um cuidado em reabilitação, pois não conseguiam ter acesso aos serviços especializados. [...] As coisas complicaram muito com aumento dos casos de arboviroses e o quantitativo de gestantes” (GF3).

O comportamento epidemiológico da Covid-19 citado resulta da injustiça visível e concreta em territórios precários do Recife (Moura de Castilho e Silva, 2020). Em relação ao adoecimento mental, segundo Nabuco, Pires e Afonso (2020), a vulnerabilidade social é potencializadora de risco, agravada quando se contrai a doença, se convive com alguém infectado, existe transtorno mental prévio, se é idoso e/ou

profissional de saúde. Somam-se a estes fatores, o isolamento social e o excesso de informações pouco confiáveis. Estes dados apontam novamente para a amplitude dos impactos da pandemia nos territórios de vinculação das equipes.

### **A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF NO CONTEXTO PANDÊMICO**

Verifica-se a existência de concepções divergentes e convergente quanto as abordagens sobre o processo de trabalho em saúde, cuja categoria estruturante é o cuidado. No entanto, há consenso no que tange à importância desse componente central dos sistemas de saúde, quanto à ação cotidiana no território. Assim, parte-se de uma perspectiva do modelo de vigilância em saúde que considera a organização do processo de trabalho com base no reconhecimento e na ação sobre um território e uma população, pautando-se na observação das territorialidades e territorialização como instrumentos para planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais (Teixeira; Solla, 2006).

A transmissão comunitária da pandemia de Covid-19 foi confirmada no Recife em março de 2020, conduzindo a gestão municipal do SUS a adotar medidas de reorganização do processo de trabalho na APS/ESF (Recife. Prefeitura, 2021). Segundo os profissionais, essa reorganização teve como objetivo o monitoramento dos casos leves e a manutenção do cuidado aos grupos prioritários. Utilizou-se como instrumentos o protocolo de manejo clínico, para classificação de risco; o ordenamento do fluxo assistencial, através do aplicativo “Atende em Casa”; e a implantação das Unidades Provisórias Centralizadas (UPC-APS), objetivando evitar a transmissão da doença entre profissionais e comunitários e retardar a ida a serviços de maior complexidade.

“Houve uma centralização muito grande direcionado aos pacientes sintomáticos respiratórios, o foco passou a ser eles” (GF3)

“O protocolo vindo da prefeitura e da gerência da atenção básica chegou um pouco depois, recomendava que os atendimentos eletivos fossem suspensos e que fossem priorizados atendimentos das gestantes e grupos prioritários descompensados. Foi instituído uma reorganização do fluxo dos usuários dentro da unidade de acordo com as regras de segurança, as ações direcionadas ao Nasf só foi inserido no protocolo número 3. [...] o fluxo assistencial era para que primeiro as pessoas acessassem o aplicativo ‘Atende em casa’ e Unidades Provisórias Centralizadas UPC-APS destinada para o atendimento dos sintomáticos respiratórios, atualmente os pacientes sintomáticos não passam mais pela Unidade de Saúde da Família” (GF1).

A escolha do objeto é a etapa estruturante do processo de trabalho, momento em são definidos os meios/instrumentos que permitirão o alcance do objetivo. Este objeto deve estar relacionado com as necessidades de saúde em diferentes dimensões (Mendes-Gonçalves, 2017; Paim, 2017). No Recife, a reorganização da APS para o enfrentamento da Covid-19 foi semelhante à realizada na maioria dos países (Giovannella *et al.*, 2021): centrou-se na doença e, conseqüentemente, na abordagem individual.

Os profissionais relatam e enfatizam que as UPC-APS eram destinadas ao atendimento de sintomáticos respiratórios e que os instrumentos adotados não respondiam às necessidades populacionais, promovendo um afastamento dos pressupostos da APS abrangente e integral:

“Por estar na atenção básica a centralidade do cuidado, este deveria ser com base na realidade do território, diante da amplitude dos impactos da pandemia, mas os protocolos só veem a centralidade nos procedimentos. Quando pensamos nos atributos que norteiam a atenção primária, os atributos essenciais e de orientação comunitária, eu não consigo enxergar eles nesses protocolos. E não é só uma questão de Recife. A gente está sempre nessa corda bamba, entre o que a gente acredita, o processo de trabalho com base nas estratégias de promoção, prevenção, recuperação e o que está posto para ser feito que não condiz com as necessidades do território. [...] Os protocolos estão voltados para os procedimentos dos médicos e para a transmissão da doença, não contemplam a realidade das pessoas. Eles entram na atenção básica para direcionar para onde a gente encaminhar as pessoas, não oferece ferramentas de como conduzir o cuidado de forma integral e abrangente” (GF1).

Percebe-se então a descontextualização dos instrumentos com as singularidades dos territórios e com a amplitude dos impactos da pandemia na população vinculada às equipes. O que corresponde ao que Merhy (2007) denomina de trabalho morto – em que a operacionalização se baseia na lógica das tecnologias leve-duras e duras – e o funcionamento está associado a normas e protocolos em um arsenal de regulação do trabalho que reduz o grau de liberdade do profissional de saúde implícita às tecnologias relacionais ou leves.

O trabalho vivo em ato é base para o modelo de atenção que organiza as práticas de saúde na ESF. Logo, os meios direcionadores de ações devem estar em conformidade com as necessidades singulares socioespaciais do território. Neste sentido, as tecnologias leve-duras e duras têm um papel complementar, já que predominantemente as ações devem ser operacionalizadas por meio das tecnologias leves ou relacionais (Merhy, 2007).

Com base nos pressupostos teóricos e normativos que fundamentam o processo de trabalho na ESF, as equipes devem desenvolver, de acordo com as necessidades de saúde expressas no território, ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, vigilância, recuperação, reabilitação e redução de danos. Isso posto, elaboramos um quadro-síntese das ações desenvolvidas pela ESF no Recife no decorrer do primeiro ano de pandemia de Covid-19.

Quadro 2 – Ações desenvolvidas pelas equipes da ESF para enfrentamento e controle da Covid-19, apresentadas conforme o elenco das ações de competência da APS no período de março de 2020 a março de 2021, no Recife

Ações de competência da APS abrangente e integral	Equipe do Núcleo ampliado de Saúde da Família - eNASF (GF1)	ACS (GF2)	Equipe de Saúde da Família – eSF (GF3)	Equipe de Saúde bucal – eSB (GF3)
<p>Promoção Conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2017)</p>	<p>Uma equipe começou um projeto com os residentes da UFPE que estabeleceu parcerias com pessoas idosas para dividir o trabalho com a confecção de máscaras, foi uma forma de eles se sentirem úteis e acompanhados.</p>	<p>Sem registros</p>	<p>Sem registros</p>	<p>Sem registros</p>
<p>Prevenção de riscos e agravos Controle da transmissão de doenças infecciosas e redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (Czeresnia, 2009)</p>	<p>Elaboramos podcasts, vídeos com orientações sobre como usar a máscara, prevenção, mitos e verdades para mandar pelo zap. Fizemos cartilhas educativas, via zap, umas poucas impressas, informando quanto ao manuseio do 'App atende em casa'. Uma profissional da psicologia relatou ter feito encontros remotos com os professores e pais dos alunos para informar sobre sintomas emocionais de ansiedade, depressão. Esses encontros foram muito importantes.</p>	<p>Duas colegas ACS e costureiras começaram a fazer máscaras para distribuir na comunidade. Nós orientávamos quanto às medidas protetivas com o uso de máscara e as lavagens das mãos. Participamos da ação 'Estação itinerante'. Participamos da ação do 'Dia D'</p>	<p>Foram produzidos materiais educativos virtuais, fazíamos palestra na área externa para que eles compreendessem a necessidade do uso de máscaras. Foi readequado um grupo com gestantes para o WhatsApp para publicar informações e tirar as dúvidas. O pessoal da Rádio comunitária e da anuncicleta solicitava textos informativos e nós redigimos textos sobre a importância de usar máscara, lavar as mãos e as medidas protetivas e eles iam na</p>	<p>Foram produzidos materiais educativos virtuais, fazíamos palestra na área externa para que eles compreendessem a necessidade do uso de máscaras. Foi readequado um grupo com gestantes para o WhatsApp, para publicar informações, tirar as dúvidas. O pessoal da Rádio Comunitária e da anuncicleta solicitava textos informativos e nós redigimos textos sobre a importância de usar máscara, lavar as mãos e outras medidas protetivas e eles iam</p>

	Participamos da ação 'Estação itinerante'. Participamos da ação do 'Dia D'.		unidade pegar o material e divulgar; Participamos da ação 'Estação itinerante'. Participamos da ação do 'Dia D'	na unidade pegar o material para divulgar; Participamos da ação 'Estação itinerante'. Participamos da ação do 'Dia D'
Vigilância em saúde  Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e a promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. (Brasil, 2018).	Nós, da equipe NASF, até hoje estamos fazendo o telemonitoramento de pacientes sintomáticos e pós-sintomáticos, criamos uma planilha para monitorar o desfecho dos casos de Covid-19. Construímos um roteiro para estratificar situações de agravamento e necessidade de atendimento individual para os pacientes hipertensos e diabéticos, de hanseníase, tuberculose, gestantes e puérperas e crianças na faixa etária da puericultura. Isso não estava nos protocolos, foi criação nossa. Elaboramos um fluxograma na perspectiva do luto, com a identificação dos casos do Covid-19 que iam para internação; diante da ocorrência de óbito, entrávamos em contato com a família; a ideia também foi de pensar numa forma de condução de cuidados em casos de cuidados paliativos.	As visitas da gente foram bastante reduzidas, mas nós somos a ponta da ponta de frente, ou telemonitoramento de perto nas visitas peridomiciliar ou de longe pelo WhatsApp. Também contribuimos no cadastramento da vacina, ninguém ficou sem tomar vacina por conta de alguma dificuldade com o cadastramento.	Realizamos o telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios. E o telemonitoramento dos pacientes dos grupos prioritários.	Dois profissionais da saúde bucal relataram a elaboração junto com a equipe, de uma ferramenta para telemonitoramento dos hipertensos e diabéticos, então ligávamos para saber se havia necessidade de uma consulta imediata ou se poderia aguardar; Realizamos o telemonitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar, com casos suspeitos de Covid-19  Assumimos a logística da vacinação dos acamados no território;
Recuperação Envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de	Criamos, como rotina do processo de trabalho, um espaço de cuidado para os trabalhadores das equipes de	A gente sempre conversando pelo WhatsApp ou nas visitas peridomiciliar com os	Mantivemos o acompanhamento dos grupos prioritários, principalmente por via remota, participamos do	Assumimos a gerência das UPCs por algum momento, com organização de escalas;

<p>toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação (Brasil, 2005).</p>	<p>referência, estabelecemos o acolhimento e acompanhamento aos problemas de saúde mental. E foi mantido o atendimento aos grupos prioritários, incluindo os enlutados pela Covid-19;</p> <p>Realizamos os encaminhamentos das famílias em situação de fome para o CRAS e CREAS.</p>	<p>pacientes e levando a resposta da médica, da enfermeira, ou para o Nasf. Mantemos o atendimento aos grupos prioritários. Quando referiam sintomas respiratórios a gente já orientava em ir para UPC.</p>	<p>acolhimento às demandas espontâneas e alternávamos os atendimentos nas escalas das UPCs.</p>	<p>GT de trabalho em saúde bucal, elaboração de nota técnica para orientação do processo de retomada; Retomada do atendimento clínico.</p>
<p>Reabilitação e redução de danos Ações que auxiliam a pessoa a ter e manter uma funcionalidade na interação com seu ambiente (Brasil, 2017) Reduzir danos é controlar os efeitos do problema sem interferir nas causas (Brasil. Ministério da Saúde - on line)</p>	<p>Identificação de alguma sequela respiratória ou motora das pessoas que foram diagnosticadas com Covid-19.</p>	<p>Sem registro</p>	<p>Em uma unidade a equipe de saúde bucal lançou a ideia de fazer um 'bazar solidário' e toda a equipe aderiu. A equipe recolhia peças de roupas e outros utensílios que eram trocados na unidade por alimentos. Com esse bazar conseguimos arrecadar alimentos que beneficiaram 26 famílias.</p>	<p>Em uma unidade a equipe de saúde bucal lançou a ideia de fazer um 'bazar solidário' e toda a equipe aderiu. A equipe recolhia peças de roupas e outros utensílios que eram trocados na unidade por alimentos. Com esse bazar conseguimos arrecadar vários alimentos, deu para beneficiar 26 famílias.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

As ações descritas no Quadro 2, com exceção das descritas pela eNASF, apontam para a reorganização do processo de trabalho consoante entre o objeto e os instrumentos, porém, com foco na doença – pacientes sintomáticos respiratórios ou grupos prioritários. O que condiz com um modelo tecnológico do trabalho em saúde que reconhece a doença como fenômeno coletivo, mas de ordem biológica; por isso, são adotadas intervenções pontuais e conservadoras, voltadas para a classificação de risco e o monitoramento de sinais e sintomas, objetivando mitigar o acesso a níveis de maior complexidade (Mendes -Gonçalves, 2017).

A síntese exposta no Quadro 2 sinaliza para a realização de ações com escopo ampliado, desenvolvidas, predominantemente, pela eNASF, com abordagem individual e relacionadas à saúde mental, enlutamento, encaminhamento dos casos extremos de situações de fome, assim como, destaca-se a experiência descrita por técnicos da eSF, que realizaram um ‘bazar solidário’ para o enfrentamento da fome. Infere-se que a ausência de tecnologias relacionais dificulta a articulação entre os atores sociais – profissionais e comunitários – e, consequentemente, o estabelecimento de vínculos, a corresponsabilização e a intersecção dos saberes, impedindo o planejamento de intervenções com participação popular e uma compreensão ampla da realidade que englobe a multidimensionalidade do território (Abreu, Amendola, Trovo, 2017; Giovanella *et al.*, 2020; Mendes-Gonçalves, 2017).

Embora a alteração de fluxos – que, por exemplo, suspendeu atendimentos eletivos – objetivasse diminuir a aglomeração nas unidades de saúde, para evitar a transmissão da doença no território, os participantes relatam que as unidades se mantiveram lotadas e que grande parte dos profissionais foram contaminados ou apresentaram problemas de saúde mental, levando a afastamento recorrente:

“[...] Como resolver e como evitar a transmissão da doença e com quadro reduzido de profissionais e com a unidade lotada, eu e a maioria dos meus colegas ACS que estavam na linha de frente adoecemos e não foi em casa não, foi indo para unidade, a gente pegou Covid na unidade, porque era a gente que recebia toda carga. [...] Os médicos e enfermeiras também se contaminaram, temos conhecimento da morte de uma enfermeira, e uma técnica de enfermagem [...] como conter a transmissão! Se as casas continuam sem água e cheia de gente, se as barrigas continuam com fome, se os ônibus e os metrô continuam lotados?” (GF2).

Os achados indicam a insuficiência das medidas de reorganização do processo de trabalho em alcançar o objetivo proposto. A OMS recomenda que as medidas para mitigar a transmissão devem ser acrescidas de ações voltadas à participação e mobilização popular, no sentido de prevenir, controlar a infecção e minimizar a magnitude de seus efeitos (Who, 2020; Fernandes *et al.*, 2018).

## **AS SINGULARIDADES DO TERRITÓRIO NO CONTEXTO PANDÊMICO E O PROCESSO DE TRABALHO PROPOSTO E REALIZADO: REFLEXÕES OPORTUNAS**

Os relatos dos profissionais demonstram pouca presença no território, mesmo quando da ida à unidade de saúde. Os participantes, principalmente os profissionais das eSF, foram relutantes em discutir os impactos da pandemia nos territórios, alegando falta de propriedade por ausência real de cuidados no território. Os relatos sinalizam esse distanciamento do pressuposto orientador do processo de trabalho:

“Eu não tenho condição de falar da realidade como está a questão do abastecimento de água, a rotina do familiar, porque na verdade nós estamos muito distantes de dentro do território. O que sei das condições sociais é durante a consulta, se solicitamos um exame para fazer fora eles alegam que estão desempregados e não tem dinheiro para ir fazer exame fora, antes até que conseguiam, mas agora não consegue” (GF3).

“Circulamos menos entre os territórios, ficamos mais restritos ao ponto de apoio, a pouca vivência nos territórios, não deixou acontecer a concepção mais coletiva do trabalho” (GF1).

“Na minha unidade a gente trabalhou bastante na parte da saúde física, para tentar identificar os sintomas respiratórios e as outras demandas, mas não nos detemos para questões mais abrangente da pandemia Covid-19, como a vulnerabilidade social” (GF2).

Desde a década de 90, ainda enquanto Programa de Saúde da Família (PSF), até a última e contraditória versão da PNAB, de 2017, o território é colocado como categoria central para organização do processo de trabalho. Pois é nele que está a chave para a compreensão da dinâmica de produção da vida e da saúde e a partir de onde surgem epistemes e práxis que podem sustentar a vida em todas as suas ordens e complexidades (Borde; Torres-Tovar, 2017).

Reforçando este raciocínio, os profissionais demonstraram inquietude diante do afastamento explícito entre as necessidades postas pela pandemia e o trabalho realizado; observa-se que existe uma sobrecarga de trabalho, no entanto com direcionalidade que não prioriza as necessidades de reprodução social.

“Não foi feito nenhum diagnóstico para dimensionar a amplitude dos efeitos da pandemia no território, as informações que temos referente ao adoecimento por Covid são parciais, pois são restritos aos pacientes atendidos no aplicativo ‘Atende em casa’ ou ‘UPCs’, ou seja, não retrata a totalidade do território. De fato, essa realidade não guiou o processo de trabalho. A gente estava tão sobrecarregado de tarefas designadas, que nem se deu conta dessa parte mais abrangente que a Covid provocou” (GF3).

“Aqui também não teve um planejamento para olhar o todo da pandemia, era uma coisa mais pragmática, chegou na unidade uma demanda de luto, cesta básica ou máscaras, ajudamos na questão do cadastramento social” (GF2)

“Essa questão da falta de planejamento com a comunidade pode até ser explicada por conta do distanciamento social, mas tem um agravante é que não houve planejamento interno nas equipes que poderia ter sido feito por via virtual, ou até mesmo presencial com as devidas medidas de segurança já que estávamos indo para unidade” (GF2).

Estes achados confirmam o deslocamento da diretriz operacional de territorialização, que consiste numa etapa diagnóstica do contexto de vida e das necessidades (Gondim; Monken, 2017). A partir daí, percebe-se que a regulação do trabalho, restrita às práticas protocolares de cunho individual e curativo, acaba por negligenciar a perspectiva coletiva do processo de trabalho e os atributos de competência familiar, comunitária e cultural, imprescindíveis para uma atenção primária abrangente e integral (Starfield, 2004).

Vale ressaltar que o distanciamento das práticas mais abrangentes e integral na ESF antecede o contexto pandêmico e que a condução do processo de trabalho na pandemia de Covid-19 apenas expôs uma tendência que vem se consolidando ao longo dos últimos anos. Para Lima (2013; 2016), existe um descompasso entre a concepção e ação e que o processo de trabalho vivenciado no cotidiano da ESF centra-se na doença e não considera os indivíduos em sua inserção social. Autoras como, Giovanella *et al.* (2020); Morosini; Fonseca; Baptista, (2020), explicam que as mudanças estruturais neste nível de atenção, intensificadas a partir de 2016, provocam um afastamento do arcabouço normativo e dos fundamentos teóricos que norteiam uma APS com base territorial e com enfoque na produção social da saúde.

No âmbito das singularidades materiais e simbólicas dos territórios, os participantes dos GF trouxeram ao debate a sensação de insuficiência diante dos problemas estruturais e dos hábitos de vida, valores, signos e significados que se agudizaram no contexto pandêmico. Enfim, o agravamento das precárias condições de vida, da fome, do desemprego, bem como o acirramento do negacionismo, que dificultam a adoção das medidas protetivas.

“Como abordar uma família que vive em grande vulnerabilidade e não tem água encanada em casa? E você ter que dizer lave as mãos, cuidado com os cabelos, as roupas e com tudo se a pessoa não tem a mínima condição de executar nada disso, pois vive numa condição completamente insalubre” (GF3)

“Como orientar por exemplo, uma família que moram 10 pessoas em um único cômodo a isolar um sintomático respiratório? Como realizar a higienização das compras do supermercado se não estavam conseguindo comprar nada? Parecia uma conversa descabida, nem sempre o discurso protetivo é compatível com a realidade” (GF3).

“O que fazer diante da fome e da miséria que tomou conta da comunidade? Pois os protocolos não trazem essa resposta. Eu queria dizer que miséria e fome piorada pela pandemia de Covid 19 infelizmente não entraram no protocolo. O cuidado a essa situação tem dependido da sensibilidade humana dos profissionais de saúde. Daqui que chegue uma ação oficial e muitas vezes não chegam, até lá a fome não aguarda, não espera, quem tem fome tem pressa. Então é impossível ficar neutro diante da fome. As iniciativas impulsionadas pela sensibilização que a fome provoca tem sido as cotas e eu não sei se dizer se felizmente ou infelizmente” (GF3).

“Nós da equipe tentamos refletir o porquê de tanto negacionismo, entendemos que a pandemia é só mais um risco, eles já vivem em extrema exposição a pobreza,

prostituição, violência, ao tráfico de drogas, a polícia que já entra atirando e morrer por Covid (algo invisível), não causa tanto espanto assim, é só mais um risco" (GF3).

A amplitude das dificuldades que os profissionais enfrentam, deixa a nítida sensação de impotência diante dos problemas e necessidades de reprodução social, ainda mais considerando a ausência de medidas de enfrentamento efetivas no campo da saúde e da proteção social (Lavras, 2021). A redução do ser humano à dimensão biológica fica clara quando este é classificado como susceptível, infectado, sobrevivente ou morto; isto porque, os termos reproduzem processos de operacionalização do trabalho baseados na lógica individualizante e curativa, invisibilizando, excluindo e violando o direito à saúde integral do homem sócio-histórico.

Os resultados expostos revelam as contradições estruturais aos processos e às relações de trabalho (Gonçalves, 2020). A reorganização do processo de trabalho em saúde levou as ações para longe das necessidades ampliadas pelo contexto pandêmico, impedindo respostas efetivas para os problemas sociais de saúde que se exacerbam nos territórios. Além disso, está reorganização expôs o trabalhador ao sofrimento contínuo, por estar impossibilitado de responder sozinho às sequelas de um projeto macroeconômico produtor de desigualdades, colocando em xeque os princípios da integralidade e da equidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos confirmam os pressupostos de que os territórios de vinculação das equipes da ESF já apresentavam heterogeneidades socioeconômicas que foram agravadas pelo contexto pandêmico. Coube a ESF do SUS Recife a manutenção do cuidado aos grupos prioritários, a reorganização dos fluxos assistenciais e o monitoramento dos casos leves, com foco em regular o acesso aos serviços de maior complexidade. Confirmando que a reorganização do processo de trabalho preconizado e operacionalizado a nível local esteve direcionada para o cuidado individual e curativo, o que reproduz a lógica instituída nacionalmente e em outros países.

O que constitui uma dissonância da lógica territorial prevista teórica e normativamente, que prevê a condução do processo de trabalho baseada nas necessidades de reprodução social, não limitadas, portanto, a busca espontânea de serviços. No entanto, empiricamente, observou-se movimentos de mobilização "improvisada" de alguns profissionais de saúde, na tentativa de mitigar os impactos ampliados da pandemia, considerando as questões sanitárias e socioeconômicas; o que reforça o compromisso individual destes sujeitos, mesmo diante da sensação de impotência e falta de suporte estratégico.

Ademais, os achados refletem os mecanismos político-ideológicos das sociedades capitalistas mantenedores das contradições entre o individual e o coletivo. É nítido que a supremacia do mercado foi condutora dos caminhos de enfrentamento adotados, com foco na doença e a abordagem individualizante; o que, em fim último, produziu aumento no consumo hospitalar, de equipamentos de alta complexidade e favorecimento da indústria farmacêutica; negando a existência de desigualdades estruturais.

Diante do impacto gerado pela Covid-19, seria imprescindível que a reorganização dos serviços de saúde estivesse pautada nas singularidades socioespaciais dos territórios. Assim, seria possível contemplar a amplitude dos problemas e necessidades decorrentes do contexto pandêmico, a partir dos quais seriam elencados instrumentais que dessem ênfase às tecnologias relacionais, assegurando a participação dos sujeitos envolvidos e da sociedade civil organizada; de modo a considerar a capacidade de solidariedade, resiliência, luta e organização das populações vulnerabilizadas e objetivando ações de cuidado integral e equânime.

Como limite reconhecemos a necessidade de que novos estudos sejam realizados e que estes permitam uma compreensão mais detalhada da realidade, contemplando um diagnóstico situacional dos impactos sociais na saúde, assim como, potencialidades dos territórios da ESF; de modo a fornecer subsídio para reorganização do processo de trabalho. Considera-se que escassa literatura sobre os impactos da Covid-19, no contexto da ESF, torna o estudo relevante, na medida em que, reflete a necessidade de que a operacionalização do trabalho em saúde descortine a magnitude da vida. É preciso considerar que o principal ensinamento dessa pandemia seja a compreensão de que só se transforma uma realidade complexa quando se atua com o povo e não apenas para ele.

Por fim, consideramos que o contexto pandêmico nos oferece a oportunidade de rever tudo que foi realizado, aprender a superar os limites encontrados no processo de trabalho preconizado e oferecido. Os resultados aqui encontrados expõem a urgência de implicação, organização e luta envolvendo os

atores que labutam em prol da ciência, a gestão e os serviços de saúde, no sentido de superar o caráter monolítico de soluções únicas e a antítese entre individual e cura e promoção/prevenção/vigilância. Com isso, tornando os princípios do SUS e da APS abrangente e integral, de base territorial, como algo concreto na organização do processo de trabalho da ESF.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M.M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 70, n.5, p. 981-987, 2017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>
- ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v. 9, n.1, p.9-14, 2004. <https://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. p.229.
- BARRETO, M.L. Saúde global, grandes desafios contemporâneos: dinâmica populacional, determinantes, riscos e condições de saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Orgs.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. <https://doi.org/10.7476/9786557080665.0009>
- BORDE, E.; TORRES-TOVAR, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., 2017, p. 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf). Acesso em: 20 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de a-a-z** [on line]. 2018. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território** [on line] Brasília, 2017. p. 50. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas\\_reabilitacao\\_atencao\\_basica\\_territorio.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf). Acesso em: 27 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2018. p.40. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-40352>. Acesso em: 17 de setembro 2021.
- COBURN, D.; COBURN, E. S. Saúde e desigualdades em saúde em um mundo globalizado neoliberal. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.) **Aspectos econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- CEOLIN, R.; NASCIMENTO, V.R. Interfaces entre saúde global e desigualdade social em tempos de pandemia: A (des)proteção das favelas brasileiras no enfrentamento ao Covid-19. **Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, p.2-18, 2021. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/53560>
- CZERESNIA, D.F. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.F.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 39-53. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>
- ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 25, n.9, p.3431-3436, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
- FERNANDES, V.R. *et al.* Desnaturalizar as 'endêmias de estimação': mobilização social em contextos das arboviroses no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 1-20. In: SALAZAR, L.M. de; LUJÁN VILLAR, R.C. (Org.). **Globalization and Health Inequities in Latin America**. S.l.: Springer, 2018. 306 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26222>. Acesso em: 01 de junho 2021.
- FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORREA, M. Desafios para a atenção primária à saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-67292-2>

- FIOCRUZ. **Boletim Observatório Covid-19**. Edição oficial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p.22. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/boletim-observatorio-covid-19-fiocruz-traz-analise-de-seis-meses-da-pandemia-no-brasil-0>. Acesso em: 21 out. 2021.
- GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n.4, p.1-21, 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1286>
- GIOVANELLA, L. *et al.* Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 em Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p.1-28. 2021. e00310142, <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
- GONÇALVES, N. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **Journal of Management Primary Health Care**, v. 12, n.34, p. 1-5, 2020. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>
- GONDIM, G.M.M. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 1-6, 2020. e00296128. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00296>
- GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Orgs.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. ISBN: 978-85-98768-98-4. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro1.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.
- HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade em questão. In: \_\_\_\_\_. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=M65mDwAAQBAJ&hl=pt-BR&authuser=0&source=gbs\\_slider\\_cls\\_metadata\\_7\\_mylibrary](https://books.google.com.br/books?id=M65mDwAAQBAJ&hl=pt-BR&authuser=0&source=gbs_slider_cls_metadata_7_mylibrary) Acesso em: 03 out. 2021.
- HUR, D.U.; SABUCEDO, J.M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: Negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Psicologia Política**. São Paulo. v. 21. n.51. p. 550-569, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a18.pdf> . Acesso em: 12 out. 2020.
- KHALIDI, J.R. Inequality affects the Covid-19 pandemic. **Khazanah Research Institute**. Kuala Lumpur, p. 22-20, 2020. Disponível em: [http://www.krinstitute.org/assets/contentMS/img/template/editor/20200330\\_Articles\\_Covid\\_Inequality\\_v9.pdf](http://www.krinstitute.org/assets/contentMS/img/template/editor/20200330_Articles_Covid_Inequality_v9.pdf)
- LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4176>. Acesso em: 12 out. 2021.
- LAVRAS, C. Atuação das equipes de APS durante o período de enfrentamento da COVID-19. In: SANTOS, A. O; LOPES, L. T. (Orgs.). **Profissionais de saúde e cuidados primários**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, v.4., p. 346, 2021. Coleção COVID-19. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150767>. Acesso em: 12 out. 2021.
- LIMA S. C. A construção de cidades saudáveis a partir da estratégia de promoção da Saúde. In: LIMA; COSTA (Org.) **Construindo cidades saudáveis**. Uberlândia. Assis Editora. 2013, 13-44, 288p
- LIMA S. C (Org.) **Território e promoção da Saúde: perspectivas para atenção primária à saúde**. Jundiá: Paco editorial, 2016, 184 p.
- MARQUES, AL.; SORENTINO, I.S.; RODRIGUES, J.L.; MACHIN, R.; OLIVEIRA, E.; COUTO, M. T. O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. **Interface**. Botucatu, v. 25, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200712>
- MATTA, G.C., REGO, S.; SOUTO, E.P.; SEGATA, J. (Orgs.) **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [on line]. Informação para ação na Covid-19. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19. FIOCRUZ, 2021. p. 221. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>
- MAZZA, V.A.; MELO, N.S.F.O.; CHIESA, A.M.O. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, n.14, p. 183-188, 2009.

<https://doi.org/10.5380/ce.v14i1.14486>

MEDINA, M.G., *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>

MENDES-GONÇALVES, R.B. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. C. M., SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec. p. 298-374, 2017. ISBN: 978-85-8404-104-6 Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf/view>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 192. ISBN: 9788527105804.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S.; FREIRE N.P. Pandemia exacerba desigualdades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.9, p. 3555-3556, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>

MOROSINI, M.V.G.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.9, p.1-20. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>

MOURA DE CASTILHO, C.J.; SILVA, K. Injustiças socioespaciais e Covid-19 em Recife (Brasil) [Sociospatial injustices and Covid-19 in Recife (Brazil)]. **Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia**, v.55, n.115, 2020. Disponível em: <https://doaj.org/article/60d3a708a610457481aca542f6f14f0d>. Acesso em: 13 out. 2021.

NABUCO G.; PIRES DE OLIVEIRA, M.H.P.; AFONSO, M.P.D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade** [on line]. v.15, n. 42, p. 25-32, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2082](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2082)

OPAS/BRASIL. Ministério da Saúde. **APS forte no SUS: no combate à pandemia**. Brasília: 2021. p. 200. <https://doi.org/10.37774/9789275724378>

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing Covid-19 without government in Brazil: ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. **Glob PublicHealth** v.15, n.9, p. 1257-1277, 2020. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223>

PAIM, J.S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 298-374. ISBN: 978-85-8404-104-6 Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf/view>. Acesso em: 27 set. 2021.

RECIFE. Prefeitura. **Hotsite especial novo coronavírus**. Recife, 2020. Disponível em: <https://novocoronavirus.recife.pe.gov.br/acoes/>. Acesso em: 10 out. 2021.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. **Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Básica – Covid-19**. Versão 5. Recife. 2021. Recife, 2021a. Disponível em: [www2.recife.pe.gov.br/pagina/secretaria-de-saude](http://www2.recife.pe.gov.br/pagina/secretaria-de-saude). Acesso em: 10 out. 2021.

RECIFE. Prefeitura. **Hotsite especial novo coronavírus**. Recife, 2021b. Disponível em: <https://novocoronavirus.recife.pe.gov.br/acoes/>. Acesso em: 10 out. 2021.

RIBEIRO, L.C.Q. (Org.). **As metrópoles e a COVID-19: dossiê nacional** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, 2020. p. 599. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/dossie-nacional-as-metrolopes-e-a-covid-19-vol-ii-analises-locais-parte-1/>. Acesso em: 28 set. 2021.

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020. p.32. ISBN 978-972-40-8496-1.

SANTOS, M. Técnica, espaço e tempo. **Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território**. GEOgrafia, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 7-13, 1999.  
<https://doi.org/10.22409/GEOgraphia1999.v1i1.a13360>

SARTI, T.D. *et al.* Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia Serviço de Saúde**, v.29, n. 2, p 1-5, 2020; 29:e2020166.  
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

SARTI, T.D. *et al.* Organização da atenção primária à saúde em pandemias: uma sistemática rápida revisão da literatura na época de Covid-19. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.16, n.43, p.2655, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004. p.726. ISBN: 85-87853-72-4

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. n.3. <https://doi.org/10.7476/9788523209209>

THEDIM, F.; BUENO, C.; SOUTO, E.P.; MATTA, G.C. Notas sobre a trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E.P.; SEGATA, J. (Orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

VENTURA, D. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP** - São Paulo, n. 107, p. 55-64, 2015.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64>

WACQUANT, L. Esclarecer o habitus. In: Bourdieu, P. O fazer sociológico e a reflexão acadêmica. **Educação e Linguagem**, São Paulo, v.10, n.16, p. 63-71, 2007.  
<https://doi.org/10.15603/2176-1043/el.v10n16p63-71>

WHO. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus. **Interim Guidance**. 23 Apr. 2020. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC\\_WASH-2020.3-eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf?ua=1). Acesso em: 12 out. 2021.