

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO

Ana Paula Seerig

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE
SANTA MARIA - RS: ANÁLISE A PARTIR DE MÁRIO TESTA**

Santa Maria, RS
2021

Ana Paula Seerig

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA - RS: ANÁLISE A PARTIR DE MÁRIO TESTA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Liane Beatriz Righi

Santa Maria, RS, Brasil
2021

Seerig, Ana Paula

ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS: ANÁLISE A PARTIR DE MÁRIO TESTA / Ana Paula Seerig. - 2021.

52 p.; 30cm

Orientadora: Liane Beatriz Righi

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2021

1. COVID-19 2. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde 3. Apoio ao Planejamento em Saúde 4. Sistema Único de Saúde 5. Gestão em Saúde I. Righi, Liane Beatriz, II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ANA PAULA SEERIG, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Ana Paula Seerig

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA - RS: ANÁLISE A PARTIR DE MÁRIO TESTA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Aprovado em 17 de dezembro de 2021:

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Alcides Silva de Miranda, Dr. (UFRGS)

Soeli Teresinha Guerra, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS: ANÁLISE A PARTIR DE MÁRIO TESTA

AUTORA: Ana Paula Seerig
ORIENTADORA: Liane Beatriz Righi

A crise sanitária desencadeada pela pandemia de covid-19 exigiu adaptações e mudanças na atenção e gestão do SUS e testou a capacidade de governos. O estudo - Dissertação do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, CCS, UFSM – apresenta uma análise da disputa pela condução das ações do SUS no município de Santa Maria, RS. O objetivo foi analisar, a partir do Postulado de Coerência de Mário Testa, sujeitos e instituições que interferiram na forma de condução do enfrentamento da crise sanitária durante o primeiro ano da pandemia de covid-19. Este estudo utiliza pressupostos da pesquisa cartográfica, com registro e análise a partir da experiência da autora principal. O período estudado foi dividido em três momentos, identificando-se teorias e métodos em suas possíveis relações com propósitos de governo e com o papel do Estado. A pesquisa analisa as repercussões das disputas na produção das redes de atenção, das formas de gestão e no fortalecimento ou fragilização de organizações locais. Os resultados evidenciam que as instituições públicas (UFSM, HUSM e área de Vigilância à Saúde do Município) pautaram suas intervenções em conceitos inscritos no paradigma científico e, sustentando a atualização das recomendações dos organismos internacionais, garantiram o escopo das principais medidas tomadas pelo poder público. Concomitantemente, no mesmo segmento público, grupos de profissionais em aliança com o setor privado, romperam com a relação entre teoria e método, promovendo mudanças na avaliação da gravidade da doença e nos métodos de controle da transmissão. Atores identificados com a medicina de mercado, no primeiro momento, defenderam condutas contraditórias, ficando entre o reconhecimento da gravidade e a liberação das medidas que impactavam no movimento do comércio da cidade. A nova amarração entre teoria, método e propósito de governo se dá, para este grupo, na defesa de medicação sem evidência científica. Apesar do consenso identificado no segmento público, no primeiro momento, a metodologia de intervenção ficou restrita a atividades de isolamento e atendimento hospitalar. A Atenção Primária à Saúde (APS), repercutindo um movimento nacional, foi ativada tardiamente. Conclui-se que a crise sanitária foi enfrentada com compreensões distintas da gravidade da doença, das formas de transmissão e meios de proteção individual e coletiva. O consenso entre as instituições públicas com ação no município e a gestão do SUS na esfera estadual foi determinante para garantia de ações de prevenção, pesquisa e assistência. Atores da esfera pública buscaram legitimação em instituições de reconhecimento internacional enquanto atores da esfera privada buscaram legitimar a metodologia de intervenção (ou de não intervenção) nas sinalizações do governo federal. O caso de Santa Maria reafirma a coerência entre a perspectiva política (visão do papel do Estado e atuação de governos) e a escolha de teorias sanitárias e métodos de intervenção. Trata-se também de uma crise institucional, com retorno a modelos mais centralizados, com reforço do hospital como local para tratamento e da campanha como modelo de organização das ações coletivas, especialmente as vacinas. A análise da complexidade deste momento dá pistas para uma inserção mais qualificada na luta pela institucionalidade do SUS.

Palavras-Chave: COVID-19. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Apoio ao Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

CONFRONTING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE CITY OF SANTA MARIA - RS: ANALYSIS BASED ON MARIO TESTA

AUTHOR: Ana Paula Seerig
ADVISOR: Liane Beatriz Righi

The health crisis triggered by the covid-19 pandemic required adaptations and changes in the assistance and management of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and tested the capacity of governments. This study – Professional Master's Thesis in Health Sciences, CCS, UFSM – presents an analysis of the dispute over the conduct of SUS's actions in the city of Santa Maria, RS. The aim was to analyze, based on Mario Testa's Coherence Postulate, the subjects and institutions that interfered in the way of confronting the health crisis during the first year of the covid-19 pandemic. This study uses propositions from cartographic research, with records and analysis based on the main author's experience. The period studied was divided into three moments, with the identification of theories and methods in their possible relationships with government purposes and with the role of the state. The research analyzes the repercussions of disputes in the production of care networks, in management styles and in the strengthening or weakening of local organizations. The results show that public institutions (UFSM, HUSM and the city's health surveillance sector) based their interventions on concepts inscribed in the scientific paradigm and, by supporting the updated recommendations of international organizations, they assured the scope of the main measures taken by public authorities. Concomitantly, in the same public sector, groups of professionals in alliance with the private sector broke with the relationship between theory and method, promoting changes in the assessment of the severity of the disease and in the methods of transmission control. Actors associated with market medicine, at first, advocated for contradictory conducts, standing between the recognition of the severity and the release of measures that impacted the commerce in the city. The new connection between theory, method and government purpose occurs, for this group, in the advocacy of medication without scientific evidence. Despite the consensus identified in the public sector, at first, the intervention methodology was restricted to isolation activities and hospital care. Primary Health Care (PHC) was tardily activated, reflecting a national trend. It is concluded that the health crisis was confronted with different understandings of the severity of the disease, the transmission dynamics and the means of individual and collective protection. The consensus between the public institutions operating in the city and the SUS's management at the state level was crucial for ensuring actions of prevention, research and assistance. Actors in the public sector sought legitimacy in internationally recognized institutions, whereas actors in the private sector sought to legitimize the methodology of intervention (or non-intervention) according to indications of the federal government. The case of Santa Maria confirms the coherence between the political perspective (view of the role of the state and government actions) and the choice of sanitation theories and intervention methods. It is also an institutional crisis, with a return to more centralized models, with the reaffirmation of the hospital as a place for treatment and the campaign as a model of organizing collective actions, especially vaccination. The analysis of the complexity of this moment provides cues for a more qualified involvement in the struggle for the SUS's institutionality.

Keywords: COVID-19. Healthcare Policies, Planning and Management. Health Planning Support. Unified Health System. Healthcare Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Versão 1 da matriz para o cumprimento dos objetivos da pesquisa	17
Tabela 2 – Notificações de síndrome gripal, Casos Confirmados, Hospitalizações por Covid-19 e Óbitos no período estudado	37
Tabela 3 - Número de leitos SUS de UTI Adulto Covid-19, em Santa Maria/RS	37
Tabela 4 - Número de leitos Clínicos SUS Covid-19, em Santa Maria/ RS.....	37
Tabela 5 - Número de leitos SUS de UTI, em Santa Maria/RS	38
Tabela 6 - Número de leitos de internação SUS, em Santa Maria/RS	38
Tabela 7 - Capacidade instalada da Rede Hospitalar em Santa Maria/RS	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 O SUS É UM SISTEMA DE ACESSO UNIVERSAL	9
2.2 IMPORTANCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PANDEMIA.....	11
2.3 POSTULADO DE COERÊNCIA	13
3 MÉTODO	15
3.1 PESQUISA-INTERVENÇÃO	16
4 RESULTADOS	19
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA CIDADE DE SANTA MARIA: INDICADORES DESTACADOS	19
4.2 MOMENTO 1: MEDO DO DESCONHECIDO E CONSENSO	20
4.3 MOMENTO 2: DISPUTA PELA CONDUÇÃO DO ENFRENTAMENTO.....	28
4.4 MOMENTO 3: ÁPICE DA PANDEMIA EM AMBIENTE DE DISPUTA PELA CONDUÇÃO DO ENFRENTAMENTO.....	31
4.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PERÍODO ESTUDADO	36
5 DISCUSSÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a Covid-19 como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional e, em março desse ano, pandemia. A transmissão comunitária da COVID-19 foi reconhecida pelo Ministério da Saúde do Brasil em março de 2020. Em 10 de março foi diagnosticado o primeiro caso no Rio Grande do Sul (RS) e no dia 21 do mesmo mês, o primeiro caso em Santa Maria.

Os primeiros países que tiveram a transmissão comunitária declarada, já evidenciaram o quanto a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) exigiu uma mobilização sem precedentes dos sistemas de saúde, requerendo presteza na tomada de decisões, em todas as instâncias, incluindo uma capacidade ampliada de gerenciar os cuidados emergenciais, respiratório e intensivos, sem deixar de oferecer os serviços essenciais de cuidado (OPAS, 2020).

Quando a pandemia foi anunciada, Santa Maria reposicionou-se no coração do Rio Grande na sua condição de território e rede repletos de contradições; cidade viva, pulsando, atravessada por disputas a respeito de teorias, métodos, concepções de estado e planos de governo: é desse processo que nos ocupamos nesta dissertação.

Santa Maria é cidade coração do RS. Casa de toda a vida para muitas pessoas e lugar temporário para outras tantas. Na última década, apresentou uma condição (paradoxal) de território para velar os corações que deixaram de bater no desastre da Boate Kiss em 2013 e de redes para tratar os sobreviventes; território de um surto de toxoplasmose e das redes que o enfrentaram em 2018. Um surto de infecção intestinal causou mortes e revelou fragilidades da rede de atenção à saúde em 2019.

No período do estudo, mudanças na gestão da saúde de Santa Maria resultou em mudança de cargo e local de trabalho da autora. Foi na urgência das situações, no enfrentamento da pandemia em coincidência com um período eleitoral e na criação de novos serviços que a autora passou a ser Secretária Adjunta de Saúde de Santa Maria. E, nesta nova condição, o que fazer com o mestrado em curso? Abandonar a elaboração da dissertação ou realizar algo paralelo? Visto que a possibilidade de registrar, sistematizar e analisar a própria ação não é visto com bons olhos em vários espaços acadêmicos, caberia a então Secretária Adjunta ser

entrevistada e avaliada em trabalhos realizados após assinatura de termos de consentimento com garantia de anonimato? Optou-se por arriscar, por registrar o cotidiano e fazer dele o objeto/campo de investigação: uma pesquisa-intervenção orientada pelas categorias do Postulado de Coerência de Mário Testa (TESTA, 1992).

O problema de pesquisa é o enfrentamento da crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19 em Santa Maria/RS. Pergunta-se – a partir do postulado de coerência de Mário Testa – quais foram os atores que disputaram as estratégias de enfrentamento da crise sanitária, quais teorias e métodos concorreram na determinação ou condicionamento das ações e a sua relação com propósitos de governo e visão de papel do Estado. Trata-se de um estudo sobre a produção de organizações no período de crise sanitária.

A pesquisa tem como **objetivo principal** analisar a disputa em torno das estratégias de enfrentamento da crise sanitária em Santa Maria, RS, na pandemia de Covid-19. São **objetivos específicos** identificar atores, teorias e métodos que disputaram a condução do enfrentamento da crise, relacionar teorias e métodos com propósitos de governo e visão sobre o papel do estado, mapear a produção de novas organizações e de formas de gestão no período da pandemia.

O relatório de pesquisa é apresentado na forma de dissertação, de acordo com o Manual de Dissertações e Teses (MDT) (UFSM, 2015).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O problema de investigação está relacionado a institucionalidade do SUS. Portanto, é importante retomar alguns conceitos que determinam o contexto da gestão em saúde em um município. Inicialmente, optou-se por destacar os seguintes temas: o SUS como um sistema de acesso universal, a gestão municipal e regional do SUS e a importância estratégica da Atenção Primária. Integram a revisão bibliográfica as categorias indicadas por Mário Testa em sua proposta de Postulado de Coerência.

2.1 O SUS É UM SISTEMA DE ACESSO UNIVERSAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é disposto como um sistema de acesso universal (BRASIL, 1990a), com acesso “universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação”. A garantia de acesso universal exige uma rede regionalizada, cujas diretrizes estão anunciadas no texto constitucional: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas sem descuido das ações assistenciais e participação da comunidade. Essas diretrizes, amplamente conhecidas, são importantes para que se apresente características do processo investigado.

Em relação a descentralização, destaca-se o disposto pela Lei 8080/90, que define as competências e responsabilidades das esferas de governo e a complementariedade nas atribuições para a sustentação da rede que garanta a universalidade. Outro ponto importante é a regionalização, sendo a produção de redes regionais de cuidado objeto de diferentes governos. Em linhas gerais, há um estímulo à governança em uma complexa teia de serviços próprios e privados (BRASIL, 2011).

A relação público-privada, com os mecanismos de financiamento e regulação definem características importantes para a atenção e gestão do SUS, com ênfase para a destinação de recursos. A tensão entre o público e o privado é esperada em um país capitalista dependente e esteve presente desde a concepção do SUS. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde faz referência a uma votação a respeito da estatização dos serviços de saúde, e destaca a impossibilidade de fazer

a contagem dos votos. Dois anos depois, a Constituição Federal garantiu a presença do setor privado e dispôs condições para a participação deste no SUS bem como as formas de financiamento. (BRASIL, 1990b). É importante considerar a possibilidade de financiamento para infraestrutura de instituições privadas não lucrativas, as instituições filantrópicas, presentes em todo o território nacional, especialmente na assistência hospitalar.

O acesso universal do SUS foi pautado pelo Banco Mundial no ano de 2018, em documento que fazia uma análise dos problemas do SUS e traçava alternativas. Não é o caso de apresentar ou discutir o documento Propostas de Reforma do Sistema Único de Saúde¹, mas sim de reconhecê-lo como uma peça importante de desconstituição do SUS como sistema de acesso universal.

Em linhas gerais ele refere-se a processos frágeis de governança e propõe maior capacidade de promover integração entre o público e o privado, pagamento por qualidade, desativação de serviços em cidades pequenas e fortalecimento de redes regionais. A recomendação 8 do documento indica “definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS”. (BANCO MUNDIAL, 2018). Naquele ano, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desenvolveu um seminário para tratar o tema. O período coincide com o governo de Michel Temer, e o Ministério da Saúde atuava para expandir ainda mais ação do setor privado. No cenário internacional, a Declaração de Astana repercute o conceito de cobertura universal.

O enfrentamento da pandemia se deu, portanto, em um contexto paradoxal. Por um lado, há um sistema de acesso universal institucionalizado e com direção municipal, estadual e nacional. Ao mesmo tempo, a pandemia aconteceu após o sistema ter sido severamente golpeado por desfinanciamento e por sucessivas portarias que tencionaram a sua própria condição de sistema universal, como é o caso da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), que instituiu o Previn Brasil. O SUS que enfrenta a pandemia é um SUS ferozmente atacado por suas próprias instâncias de gestão.

¹ <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>

2.2 IMPORTANCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PANDEMIA

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária em Saúde (APS) tem por objetivo desempenhar a função de porta de entrada do usuário, sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços ofertados na rede (BRASIL, 2017). Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade; sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, com gestão democrática e participativa, realizada com equipe multiprofissional e indicada à população em território definido, sobre os quais assumem responsabilidade (CONASS, 2021).

A política de atenção básica vigente, a PNAB 2017, foi elaborada em contexto de retração do público, desinvestimento e ampliação dos espaços de atuação do privado no campo da saúde. Contudo, reiterou a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica nos territórios. Além disto, deu destaque para o trabalho integrado entre a vigilância em saúde e a atenção primária (BRASIL, 2017).

Considerando a existência da fase de transmissão comunitária da COVID-19 reconhecida pelo Ministério da Saúde em março (2020), o papel dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no manejo clínico dos pacientes com síndrome gripal entrou na agenda da gestão dos municípios, prevalecendo a posição de que ela deveria assumir papel resolutivo frente aos casos leves, identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos. Frente a esta nova situação, os municípios tiveram que organizar sua rede de saúde de modo a dar conta das novas demandas que começaram a surgir, ainda mais que, na ausência de vacinas, de medicamentos específicos e devido à alta transmissibilidade da infecção, as intervenções eficazes para o controle da pandemia necessitavam de medidas de saúde pública como isolamento dos sintomáticos, distanciamento social e vigilância dos casos (MEDINA et al., 2020).

Daumas et al. (2020) referem que uma APS forte e conectada aos demais pontos da rede é capaz de minimizar os danos causados pela pandemia, pois pode contribuir para a diminuição da incidência da infecção em sua população adscrita, além de evitar a desassistência às condições crônicas e agudizações.

Neste sentido, Giovanella et al. (2021) analisaram as estratégias de distanciamento social adotadas pelos países da América Latina durante a Pandemia de Covid-19. A maioria enfatizou a assistência hospitalar, em detrimento a vigilância dos casos (identificação, rastreamento e orientação de isolamento), sendo subestimada a capacidade de atuação dos serviços de APS no território. No caso do Brasil, na ausência de uma coordenação nacional do SUS que orientasse efetivamente os municípios, a resposta da atenção primária foi diversa. Municípios como Sobral (CE) e Florianópolis (SC) as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) assumiram papel fundamental no desenvolvimento de ações de vigilância nos territórios, com a inserção de iniciativas de telemonitoramento de casos e contatos e visitas peridomiciliares (sem entrar nas casas, mas levando a informação até a comunidade).

Souza et al. (2021) avaliaram a influência da cobertura de atenção básica nos municípios de Santa Catarina e seus efeitos no enfrentamento da pandemia, levando-se em conta o número de pessoas infectadas pela Covid-19, taxa de mortalidade, taxa de letalidade, no período de 16 de março a 27 de outubro de 2020. Os resultados evidenciaram que municípios com melhor cobertura de atenção básica foram capazes de garantir menores taxas de letalidade e mortalidade pela Covid-19, muito provavelmente pela maior capacidade de acolhimento e intervenção frente aos fatores de risco.

Ainda é incipiente a integração das equipes de APS com as equipes de vigilância epidemiológica para atuação nos territórios; a necessidade de constituir esta proposta como uma diretriz do SUS, como foi proposto por Teixeira et al. (2020), necessitaria formalização que garantisse pactuação entre os entes federados e financiamento adequado para o desenvolvimento destas ações. Contudo, o Ministério da Saúde não apresentou capacidade de gestão para propor e coordenar ações necessárias para a qualificação do enfrentamento da pandemia.

Inicialmente, as autoridades sanitárias concentraram esforços para ampliação da rede hospitalar, inclusive das unidades de terapia intensiva (UTI), fato este que se fazia necessário. No entanto, de um modo geral, não houve planejamento para assegurar vigilância universal voltada à detecção de novos casos e propostas concretas de ações de controle visando à redução da transmissão viral. (TEIXEIRA et al., 2020).

Importante ressaltar que mesmo diante de tantas dificuldades, especialmente em relação ao financiamento, o Sistema Único de Saúde tem sido fundamental no enfrentamento da pandemia, sobretudo pelo papel central da APS na garantia do acesso aos cuidados de saúde e ação sobre seus determinantes, diante de uma emergência sanitária como a que está posta (DAUMAS et al., 2020).

2.3 POSTULADO DE COERÊNCIA

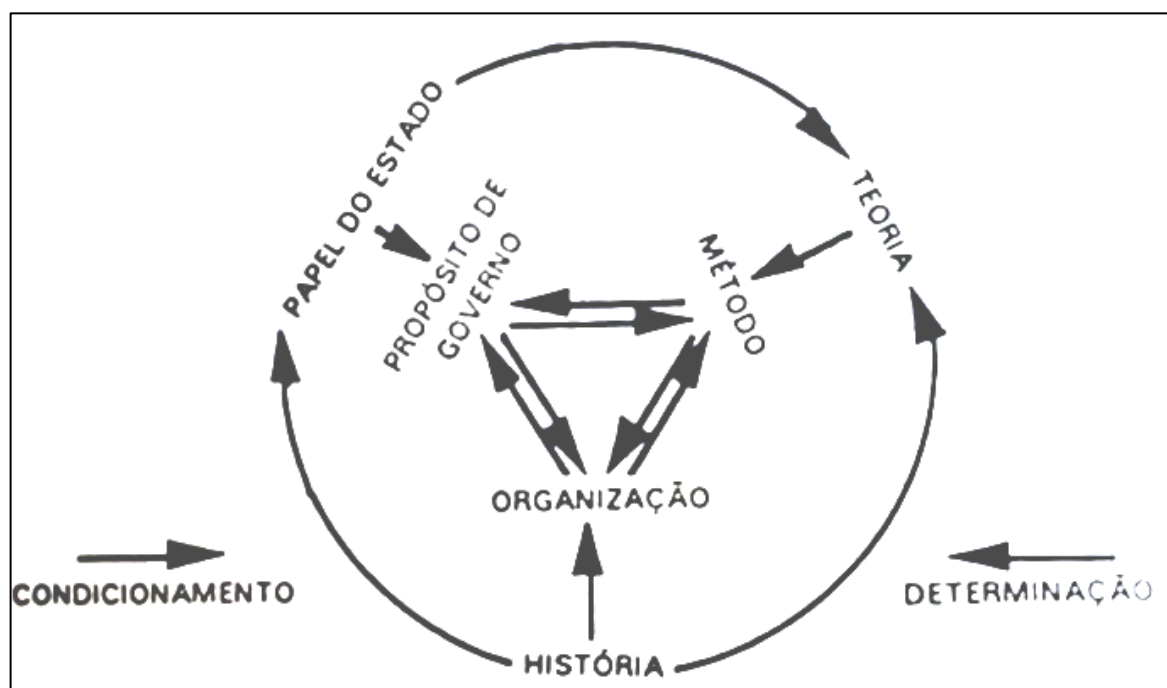
Há uma necessária relação entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam da atribuição que daí resulta. Assim, Mário Testa propõe o estudo simultâneo dos três aspectos a luz da existência de atores oponentes. Ou seja, a análise da situação é a análise do poder dos diferentes atores dispõem. A relação entre propósitos, métodos e organizações é, para Mário Testa, uma relação de primeiro nível.

Em relação aos **propósitos de governo**, Mário Testa identifica os propósitos de legitimação, de transformação e de crescimento, sendo que o primeiro propósito é permanente. Crescer está mais vinculado a manutenção, a homogeneidade; transformar está relacionado a facilitação de condições que conduzam a transformação da estrutura social.

Não é tranquila esta definição e, ainda é menos, para a agenda proposta nesta investigação. Tomamos a decisão de classificar como transformação os propósitos causadores de ruídos, não alinhados ao instituído. No contraponto, denominamos de crescimento o incremento (mais do mesmo): mais leitos, por exemplo.

Testa conceitua o componente **método** em sua relação com a teoria; ou seja, o método tenta resolver o problema que a teoria anuncia; portanto o método está determinado pela teoria. Ao mesmo tempo, afirma Testa, os propósitos de governo são determinantes dos métodos que utiliza. E, paradoxalmente, os métodos condicionam os propósitos.

Figura 1 - Postulado de Coerência de Mario Testa.



Fonte: Testa (1992).

A possibilidade de analisar o que denominamos novo desenho institucional assenta-se no último componente do nível de análise proposto por Mário Testa, que é a organização, conceituada como “uma cristalização da história” (TESTA, 2020, p. 97).

Diz Mário Testa (2020, p. 29),

A mi juicio, lo más importante es la idea de que toda formulación científica lo es en la medida de su historicidad. De esta conclusión se derivan las restantes. La historicidad de la ciencia puede expresarse también como la necesidad de su contextualidad, de su inserción en el mundo real tal como es.

A partir dessa concepção sobre a formulação científica e sua relação com a realidade, acessamos o conceito de realidade,

¿Cuál sería la concepción correspondiente a la definición moderna del Estado? Para analizar este punto, pensemos en los actores sociales que intervienen en las distintas circunstancias correspondientes a las definiciones que utilizamos. (TESTA, 2020, p. 11)

Em relação a investigação, destaca-se a importância da perspectiva histórica com a necessária contextualização e inserção no mundo.

3 MÉTODO

O trabalho de investigação está anunciado como uma análise do enfrentamento da pandemia de Covid-19 e terá, necessariamente, algumas características de relato de experiência. Como análise implicada, vai apresentar também características de uma sistematização de experiência (JARA; FALKEMBACH, 2012) e do método cartográfico (PASSOS; BARROS, 2009). Contudo, não se trata de uma sistematização de experiência com todas as características propostas por Oscar Jara e Falkembach (2012), pois não resulta de um processo de análise grupal. Embora sua tessitura passe por momentos de sínteses no coletivo (os trabalhadores do núcleo de vigilância do município de Santa Maria), o produto denominado dissertação tem uma primeira autoria individual, é o trabalho de uma gestora atravessada pelo cotidiano da gestão da crise, tanto no dia a dia do trabalho de gestão como na tarefa de representar, defender, sistematizar e produzir/disputar uma narrativa em painéis e seminários. A investigação busca na cartografia a perspectiva da processualidade, do fazer analisando, com a possibilidade de analisar o campo em movimento, como um jogo que está sendo jogado.

A seguir, uma breve definição dos conceitos ou perspectivas metodológicas que sustentaram o desenvolvimento do estudo e(m) suas tessituras: sistematização de experiência, pesquisa-intervenção-cartografia e aspectos da obra de Mário Testa.

Sistematização de experiência é uma forma de investigação que tem raízes nos movimentos emancipatórios da América Latina e aproxima-se da obra de Paulo Freire, pois aposta na autonomia e emancipação. O sujeito que sistematiza, o faz em um mundo em movimento, um mundo que está sendo. A constatação (ou registro) é feito com o objetivo da mudança. Um dos autores principais deste campo é Oscar Jara H. Destaca-se a obra “A Sistematização de Experiências, prática e teoria para outros mundos possíveis”, publicado em 2012 com a colaboração de Elza Maria Fonseca Falkembach, autora gaúcha com trajetória no suporte para a sistematização de experiências de movimentos sociais no Brasil.

De acordo com esse autor, “a sistematização de experiências é um exercício intencionado que visa a penetrar na trama ‘**próxima complexa**’ (grifos nossos) da experiência e recriar seus saberes mediante um exercício interpretativo de teorização e de apropriação consciente do vivido. Requer um empenho de

‘curiosidade epistemológica e supõe ‘rigor metódico’ para converter o saber que provém da experiência, por intermédio de sua problematização, em um saber crítico, em um conhecimento mais profundo”. (JARA; FALKEMBACH, 2012, p. 75).

Encontramos, na obra citada, cinco afirmações que dão base para a sistematização: a) particularidade do contexto latino-americano com inclusão/influência das perspectivas de transformação social; b) negação de uma metodologia neutra; c) centralidade da prática cotidiana e do trabalho de campo profissional como fonte do conhecimento; d) superação da dicotomia entre formação teórica e aprendizagem prática; e) interesse por construir pensamento e ação com rigorosidade científica (JARA; FALKEMBACH, 2012).

3.1 PESQUISA-INTERVENÇÃO

Nosso segundo conceito-dispositivo metodológico é a **Pesquisa-Intervenção** que tem a cartografia como método. Embora não se trate de uma pesquisa cartográfica, se faz necessário assumir que a forma de registro/sínteses/análises que o trabalho apresenta resultam de uma forma de reconhecer a realidade e de perceber a presença, movimento e disputa de sujeitos e grupos para conformação das características que marcam o presente e nos projetos de futuro.

Para Passos e Barros (2009, p. 17),

A cartografia como método de pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um *hódos-metá*. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados.

Passos e Barros (2009) defendem que o método não é antecipado, mas vai sendo explicitado no decorrer do percurso. Todavia, não se trata de processo naturalizado ou de procedimentos sem problematização. Ao contrário, integra o método cartográfico a análise da implicação e dos efeitos da pesquisa sobre o processo e resultado. Ou seja, a investigação não retira o processo do seu contexto

nem o neutraliza para que seja estudado. Dessa forma, estuda-se o movimento – ou mais – provoca-se o movimento (a intervenção) para estudar o que vai sendo produzido.

A exemplo da sistematização de experiência, o método cartográfico reconhece “a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é uma intervenção”. (PASSOS; BARROS, 2009, p. 17). É a intervenção (tomada, inclusive, como método) que difere o que denominamos pesquisa-intervenção de formas de pesquisa participante, pesquisa-ação ou sistematização. Sendo assim, a pesquisadora cartógrafa faz um mergulho no plano da experiência e pesquisa na inseparabilidade entre fazer e conhecer. Neste lugar não pode haver sequer pretensão de neutralidade.

Decorrente dessa posição, chegamos a necessária análise de implicação; no caso implicações coletivas, locais e concretas. Cumpre a referência à implicação da pesquisadora e de seu grupo com o seu campo (ou plano – na perspectiva da cartografia) de investigação. Para escrever a respeito do que se faz não é possível assumir isenção ou neutralidade. A pesquisa intervenção alimenta a possibilidade de produzir conhecimento no território das práticas do cotidiano. Dá pistas para o processo de registro de processos marcados pela incerteza, contradição e conflito, o que nos conecta com a obra de Mário Testa.

Para cumprir com os objetivos da pesquisa elaborou-se uma matriz, que foi objeto de trabalho da autora e orientadora com dois momentos de discussão com integrantes da equipe do Centro Covid. A primeira versão da matriz foi apresentada em evento regional em coautoria com a equipe.

Tabela 1 - Versão 1 da matriz para o cumprimento dos objetivos da pesquisa

ATORES	Teorias ¹ Métodos ² Propósitos de governo ³	Primeiro Momento (Mar-Jul/2020)	Segundo Momento (Ago-Dez/2020)	Terceiro Momento (Jan-Maio/2021)
Conselho Municipal de Saúde				
Ministério da Saúde/Governo Federal				
Secretaria Estadual de Saúde/Governo do Estado do RS				

Secretaria Municipal de
Saúde/Prefeitura
Municipal de Santa Maria

Câmara Municipal de
Vereadores

Educação Pública

Empresários e Educação
Privada

Médicos

Fonte: Autora - Trabalho de campo: Construção das estratégias de Pesquisa.

Legenda: ¹ Teorias sobre o processo saúde-doença e sobre a pandemia.

² O que o ator está propondo como ação. O que diz que deve ser feito.

³ O propósito é de mudança ou crescimento? Mantém-se nos diferentes momentos? Há estratégias de legitimação? Que expectativa expressa em relação ao papel do Estado?

A Sistematização de experiência sustentou o registro das ações que provocaram alterações na rede de saúde de Santa Maria no período de março de 2020 a maio de 2021. Houve destaque para a evolução de casos e ampliação da capacidade instalada da rede. Utilizou-se o critério “linha de atuação” para dividir o ano estudado em três momentos. Os autores são os responsáveis pela sistematização e análise das informações. Foram utilizadas informações públicas.

A análise aconteceu em reuniões presenciais, encontros virtuais e troca de mensagens e versões do texto. A proposta de sistematização, por não envolver sujeitos não autores, não foi submetida como projeto específico ao Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os procedimentos utilizados na pesquisa foram aprovados no escopo do projeto do Observatório de Informações em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (RS).

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em cinco itens, sendo o primeiro a caracterização do município, com a apresentação de informações relevantes para compreensão da realidade. A seguir, serão apresentados os três momentos do enfrentamento e, finalmente, uma síntese dos principais resultados no período.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA CIDADE DE SANTA MARIA: INDICADORES DESTACADOS

Santa Maria, coração do Rio Grande. Território onde vivem 283.677 habitantes (IBGE, 2020), cerca de 150 em cada quilômetro quadrado. Está na região central do Rio Grande do Sul e pertence a macrorregião de saúde Centro Oeste, juntamente com mais 31 municípios, divididos nas regiões Verdes Campos (Santa Maria e mais 20 municípios, que perfazem 434.372 habitantes) e Entre Rios (11 municípios, com população de 120.440 habitantes), que abrangem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do RS, com mais de 550.000 corações pulsantes.

É uma Cidade Universitária, sede da primeira Universidade Federal brasileira fora das capitais, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que abriga esta produção em um de seus programas de pós-graduação. Além da UFSM (com cerca de 30 mil alunos) há também a Faculdade Integrada de Santa Maria (Fisma), a Universidade Franciscana (UFN), a Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), e mais sete Instituições de Ensino Superior.

Muitas destas Instituições possuem cursos da área da saúde, Residências Médicas e Multiprofissionais, além de Mestrado e Doutorado. Portanto, pesquisa-se muito em Santa Maria e sobre a saúde de Santa Maria. A Secretaria Municipal de Saúde busca organizar a circulação de alunos e profissionais pelos serviços através de uma coordenação específica, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Nepes).

A rede de atenção à saúde de Santa Maria, em seu desenvolvimento paradoxal, é generosa em pontos, mas muito dependente de cada nova gestão municipal, nova portaria, nova forma de financiamento ou nova oferta de gestão.

Não é coincidência que especialidades e serviços hospitalares (como de resto no Brasil) apareçam como luzes solitárias em um firmamento escuro, da mesma forma que a rede básica ainda carece de fortalecimento. A saber, em 2004 (ano da criação das equipes de Estratégias de Saúde da Família) eram 16 equipes, sendo que passaram a 18 equipes em agosto de 2017, 21 equipes em fevereiro de 2018 e a 25 equipes em maio de 2020.

A rede de saúde a assistência conta, entre outros, com os seguintes equipamentos de saúde: 08 Hospitais (perfazendo cerca de 1.194 leitos – (www.datasus.tabnet), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, 01 Pronto Atendimento Municipal, 01 Policlínica 24h, Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU), 04 Centro de Atenção Psicossocial, 12 unidades básicas tradicionais, apresentando a gestão plena da atenção básica.

E, ao final das contas, há uma coerência entre a formação e a rede que forma. É difícil formar para a atenção básica e para o trabalho em rede quando a prática é essencialmente hospitalar; para o trabalho em equipe quando a vivência é essencialmente o convívio com os iguais, com os inseridos na mesma profissão.

4.2 MOMENTO 1: MEDO DO DESCONHECIDO E CONSENSO

O primeiro momento leva em consideração os meses de março a julho de 2020 (Semana Epidemiológica 12 até a Semana Epidemiológica 31). Neste período o município teve 1.834 casos confirmados para Covid-19, 11.756 casos de síndrome gripal notificados, e 33 óbitos (5,28% do total do período), sendo que o primeiro óbito ocorreu na Semana Epidemiológica 20. Os casos concentraram-se nas regiões centro e leste, sobretudo pela característica inicial do contágio da pandemia, mas com o passar dos meses, evidenciou-se a periferização da mesma. Neste período, houve 190 internações hospitalares por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), perfazendo 8,23% do total.

No que se refere ao Estado, como um todo, a partir de junho ocorreu um aumento da incidência de novas hospitalizações e de óbitos. Os idosos apresentam 5,1 vezes maior risco de hospitalização e 18,1 vezes maior risco para óbito. O início da pandemia afetou maior proporção de pessoas com escolaridade elevada e da raça/cor branca. A comorbidade mais prevalente foi a doença cardiovascular, seguida do diabetes mellitus (www.saude.rs.gov.br).

Neste primeiro momento, houve consenso a respeito da gravidade da pandemia e a necessidade de isolamento; a capacidade instalada dos serviços mostrou-se adequada. Paradoxalmente, ampliaram-se barreiras de acesso aos serviços da atenção básica. As pessoas foram desaconselhadas a procurar serviços de saúde. Houve ênfase no desenvolvimento de tecnologias e amparo jurídico para atendimento virtual para aconselhamento e para consulta médica. Os serviços hospitalares privados prepararam-se para uma grande demanda.

Inicialmente, a Prefeitura buscou reforçar as medidas preventivas ao coronavírus, com a entrega de folders e cartazes informativos para a população e para instituições do Município. Este primeiro mês da pandemia foi intenso em relação a Decretos e recomendações emitidas pelo poder público, cancelando eventos de qualquer natureza, suspensão das atividades presenciais nas Universidades e Escolas, ações estas que podem ter contribuído para achatar a curva de transmissão do vírus, ou seja, houve tempo para organização de uma logística de suporte para o enfrentamento a Pandemia.

Ainda em março, por meio do Decreto executivo nº 53, foi criado o Comitê Estratégico de Acompanhamento da COVID-19, composto pelos titulares da Secretaria de Município da Saúde, Casa Civil, Educação, Desenvolvimento Econômico, Turismo e Inovação e Gestão e Modernização, que passaram a se reunir periodicamente para a tomada de decisões em relação à Pandemia.

Já o Decreto Executivo nº 58, de 21 de março de 2020, instituiu o Conselho Estratégico de Gestão de Crise (GEGC) com o objetivo de supervisionar, monitorar, analisar e deliberar estrategicamente em relação aos impactos da pandemia causada pela COVID-19 no Município de Santa Maria. O GEGC foi composto por representantes dos seguintes órgãos e instituições: Casa Civil, Secretaria de Município da Saúde, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, 1ª Vara Cível Especializada da Fazenda Pública, Comando da 3ª Divisão do Exército, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Franciscana (UFN), Associação Franciscana de Assistência à Saúde (Sefas), Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital Casa de Saúde (HCS), Hospital de Guarnição de Santa Maria (HGU), Hospital São Francisco de Assis, Hospital da Unimed Santa Maria, Hospital da Brigada Militar de Santa Maria, e grupo de assessoramento técnico composto por cinco médicos.

Buscando compor as equipes de saúde, este período inicial serviu também para a contratação emergencial de profissionais da área da saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente administrativo, médico clínico geral, médico plantonista, farmacêutico, médico de ESF, agente de saúde e vigilância ambiental), com o intuito de reforçar as equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde.

Com a finalidade de assegurar o cumprimento das medidas sanitárias de segurança e de distanciamento social por parte da população em meio à pandemia, foi criada pela Prefeitura a Fiscalização Municipal Integrada, com a proposta de exercer de forma efetiva e técnica o poder de polícia, com vistas a garantir o atendimento integral das medidas de saúde pública e, com isso, assegurar a minimização de impactos e redução de contágio da COVID-19 (novo Coronavírus), no âmbito das práticas econômicas e sociais.

No que se refere mais especificamente à área da saúde, para dar conta das demandas específicas da Covid-19, foi criado o Centro de Referência Municipal da Covid-19. Composto por servidores, estagiários e residentes vinculados aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia da Universidade Franciscana (UFN), o serviço foi organizado para oferecer suporte técnico, sobretudo aos serviços de saúde e usuários, além de alimentar os sistemas de notificação, compilar e analisar dados de todo o município para construção dos boletins epidemiológicos; distribuir insumos e realizar testagens.

O trabalho do Centro de Referência Municipal da COVID – 19 precisou ser reorganizado constantemente e em curtos espaços de tempo processos, fluxos e pactuações foram implementados e revistos.

Foi o período em que tivemos os primeiros surtos, sobretudo em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), Frigoríficos e Hospitais, além de clusters, tanto familiares quanto laborais.

A estranheza e o medo que os trabalhadores da saúde apresentaram diante do Coronavírus, mobilizou a equipe do Centro de Referência a ir ao encontro dos serviços de saúde notificadores de síndrome gripal para, além de explicar o fluxo e o sistema de informação (e-SUS VE), criar espaço para falar a respeito das dúvidas em relação a doença. Neste período, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi dada

ênfase à organização da retaguarda hospitalar, e este foi o principal investimento do período. Houve habilitação de leitos tanto de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) quanto clínicos, sobretudo no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e no Hospital Regional de Santa Maria.

Como a campanha inicial do Ministério da Saúde foi do “Fique em Casa”, os usuários foram desaconselhados a buscarem os serviços de saúde, ou fazê-lo, em últimos casos. Houve um esvaziamento da APS, sobretudo daqueles usuários crônicos que necessitavam de acompanhamento longitudinal.

No início da pandemia, as informações e orientações dos órgãos de saúde (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul) mudavam com uma frequência bastante grande, sendo assim, além de repassar à rede, buscou-se resumir alguns documentos a fim de dar mais clareza a informação. No decorrer deste percurso, percebeu-se a necessidade de ter espaços de discussões com as equipes e, por isso, começaram a ter reuniões virtuais a cada 15 ou 20 dias. Outra estratégia foi a criação de um grupo no WhatsApp, o que otimizou o tempo e facilitou o processo de comunicação.

Neste contexto, a telemedicina ganhou força por oferecer a oportunidade de cuidado em saúde garantindo o distanciamento social necessário, tendo sido criadas duas plataformas, a Lauduz e Disque Covid UFSM. A primeira teve início com dois médicos infectologistas e um estudante de Medicina, que criaram um grupo no WhatsApp pedindo o apoio de médicos e empresários locais. A plataforma propôs realizar teleconsultas gratuitas, sendo a primeira plataforma de telemedicina ativa contra covid-19 em uma cidade do Brasil. Até o mês de maio – ou enquanto o serviço funcionou, foram realizadas 4 mil teleconsultas por meio dessa iniciativa dos setores privados.

Já no caso da Universidade Federal de Santa Maria, o canal de atendimento à comunidade no combate ao novo coronavírus - o “Disque Covid UFSM” - foi uma central telefônica disponível todos os dias da semana, no horário das 7h às 19h, com o objetivo de esclarecer a comunidade acerca dos procedimentos a serem adotados individualmente ou em relação a pessoas próximas em caso de qualquer suspeita.

Os atendimentos foram realizados por uma equipe de estudantes, colaboradores e profissionais de saúde treinados no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Após 1 ano e 4 meses de atendimentos, com 3.026 notificações de casos

suspeitos ao e-SUS, este projeto de extensão foi finalizado no dia 31 de julho de 2021.

No mês de maio, o MPT destinou recursos decorrentes de multas aplicadas pela Justiça do Trabalho, por indicação do Conselho Estratégico de Gestão de Crise, o qual a Prefeitura faz parte. A UFSM foi a responsável pela compra de 6 mil kits e demais reagentes necessários para a realização dos testes por meio desses recursos. Essa estratégia permitiu ampliar os critérios para coleta de exames para além de profissionais de saúde e segurança, para pessoas que acessavam os serviços com síndrome gripal, independente da profissão. Dessa forma, as avaliações dos exames passaram a ser feitas gratuitamente no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da UFSM, e no Laboratório de Diagnóstico Molecular da UFN, conforme demanda dos serviços de saúde.

Neste primeiro período procedeu-se a investigação de locais com ocorrência de dois ou mais casos positivos em um período menos de 14 dias. Da mesma forma, houve aproximação com o CENTRAS da Prefeitura Municipal, no sentido de orientar, definir protocolos e embasar as condutas com os servidores do executivo. Neste percurso, identificou-se a dificuldade dos servidores entenderem os protocolos, receio, medo do desconhecido, dificuldade com o uso correto dos EPIs no ambiente de trabalho, de assumirem práticas seguras, dentre outros.

Outro ponto fundamental foi a garantia da aquisição e distribuição de EPI's para os profissionais de saúde. Aconteceram reuniões com Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público Estadual (MPE), ação que evitou a judicialização de processos, trabalhando juntamente com o gestor, provocando para que os canais oficiais da Prefeitura pudessem ter a maior transparência possível dos dados e o maior número de informações aos usuários.

Em meio a tantas incertezas, teve início em abril a pesquisa EpiCovid, que foi a primeira etapa do estudo, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas e tem participação da UFSM. Tratou-se de uma pesquisa de base populacional de evolução e prevalência de casos infectados no Rio Grande do Sul, realizada pelo Governo do Estado em conjunto com universidades, a qual buscou estimar o percentual de gaúchos infectados com o novo coronavírus, além de determinar o percentual de infecções assintomáticas ou subclínicas e fornecer estimativas de percentuais de infectados. Foram vinte e cinco profissionais da saúde ou estudantes

da área que visitaram as casas de 500 entrevistados aleatórios, em diferentes regiões do Município. Por dia, cada entrevistador tinha por meta, visitar 10 residências, sendo que as etapas ocorreram quinzenalmente.

O Observatório de Informações em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria foi criado com o objetivo de auxiliar no monitoramento e planejamento das ações em saúde pública para o combate à pandemia e cujos dados são atualizados e disponibilizados, diariamente, levando em conta, para as análises, o contexto local de comportamento da pandemia.

Em relação ao controle social, o Conselho Municipal de Saúde buscou acompanhar as ações de combate à pandemia por parte do executivo com bastante proximidade. Apesar da inicial estranheza em relação ao processo virtual das reuniões plenárias e da mesa diretora, o tema da pandemia esteve sempre presente. Inicialmente, o CMS fez algumas recomendações com o intuito de minimizar os efeitos da pandemia, tais como: - A abertura de terceiro turno nas Unidades de referência para aumentar as portas de entrada, evitando a superlotação nos Pronto Atendimentos e UPA; - A ampliação da disponibilidade de testes para exames confirmatórios; - A revogação imediata da EC 95 e da Portaria nº 2797/19, permitindo assim a liberação das verbas contingenciadas; - Que seja declarado estado de emergência, possibilitando assim a contratação imediata de profissionais, permitindo o revezamento; - A ampliação de esforços para a abertura imediata do Hospital Regional, com a disponibilidade de 200 leitos para a região, em consonância com o desejo das comunidades da Região Central do Estado; - Que seja dada atenção para o cuidado da Saúde Mental de todos os envolvidos (cuidadores e cuidados) e população em geral; - Que sejam feitos esforços conjuntos para a conclusão das obras da nova central de UTIs do HUSM e que seja incluída a participação do CMS no comitê Municipal de contingenciamento.

No decorrer deste período, tencionou a Secretaria Municipal de Saúde acerca dos protocolos de contingenciamento adotados nos serviços, sobretudo para dar segurança aos servidores, no desenvolvimento de suas atividades diárias, pois uma das grandes preocupações do grupo sempre foi a mistura de pacientes com sintomas respiratórios na recepção dos serviços de saúde, especialmente naqueles de urgência e emergência.

Houve uma pactuação inicial da rede de serviços do município de que usuários com sintomas gripais, que necessitassem de avaliação médica pelo

sistema público de saúde, seriam encaminhados a UPA 24h, sendo as demais queixas deveriam ser encaminhadas ao Pronto Atendimento do Patronato e a Policlínica 24h da Ruben Noal. Ocorreu que houve manifestação por parte da coordenação nacional de urgência emergência de que este fluxo deveria ser revista já que a UPA não deveria ser descaracterizada de sua função, sob pena de ter seu repasse financeiro suspenso. Assim, a UPA reorganizou seu fluxo e passou a atender, além dos sintomáticos respiratórios, as demais demandas de urgência, assim como, as outras portas de entrada da urgência e emergência começaram a organizar a estrutura e montar fluxo para atender ambas as necessidades.

Outro ator importante neste processo foi a Câmara Municipal de Vereadores, que inicialmente entendeu a urgência da situação e repassou 100% do valor das emendas impositivas para ações de combate ao coronavírus para o Executivo, com o discurso de enfrentar a crise todos juntos. A comissão de saúde foi bastante atuante, seja solicitando informações ao legislativo sobre a situação atual da pandemia no município, seja por trabalhadores dos serviços de urgência e emergência, os quais manifestaram preocupação no atendimento simultâneo de pacientes COVID-19 e demais enfermidades.

O Ministério da Saúde, inicialmente, sob coordenação do Ministro Luiz Henrique Mandetta, realizava sistematicamente entrevistas coletivas, informes, atualizações semanais das orientações para cuidado da Covid na rede de saúde. Manuais de orientação de conduta do manejo da COVID 19 na APS eram atualizados com frequência e disponibilizados no site do MS, servindo de subsídio para a conduta e organização de fluxos nos serviços. No entanto, após a mudança no comando do MS, em abril (mudança do ministro em função da discordância de fala com o presidente), as orientações e compartilhamento dos dados deixaram de ser sistemático. O sucessor, Nelson Teich, ficou apenas 29 dias no cargo, e logo foi substituído pelo General Eduardo Pazuello. O Presidente da República sempre buscou minimizar a pandemia a uma “Gripezinha”, não dando sua devida importância, apesar de tudo o que já estava acontecendo no restante do mundo.

Deste modo, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES) teve um papel bastante importante junto aos municípios, sendo que ocupou o protagonismo nas orientações técnicas aos municípios, por meio de notas informativas, notas técnicas, comunicados, portarias e demais orientações.

No que se refere a parâmetros utilizados pelo Estado do RS para monitorar e

avaliar o avanço da pandemia surge o Modelo de Distanciamento Controlado, criado em 10 de maio de 2020, por meio do Decreto Estadual nº 55.240, o qual baseou-se em 11 indicadores da velocidade de contágio do coronavírus e da ocupação de leitos de UTI, classificando o risco para cada região do Estado, representado nas cores de quatro bandeiras, e com protocolos para cada nível – quanto maior o risco, mais escura a bandeira, da amarela à preta. O monitoramento era diário, mas a atualização da bandeira ocorria semanalmente, divulgada sempre aos sábados.

A relação entre o público e o privado não é simples na história do SUS e as contradições foram acirradas nesta pandemia. Assim, a identificação das responsabilidades de cada serviço na Rede de atenção e a aceitação de gerência e regulação do público neste processo levou a alguns embates. Houve dificuldade de entendimento de que o privado precisava prestar conta ao público dos insumos utilizados (testes disponíveis aos trabalhadores de saúde, sobretudo), que estes precisavam ser utilizados de acordo com os critérios estabelecidos (protocolos), que havia a necessidade de realizar as notificações nos sistemas de informação, em tempo hábil, independentemente do resultado do exame.

Neste primeiro momento destaca-se a ação dos seguintes atores: Conselho Municipal de Saúde, Ministério da Saúde/Governo Federal, SES/RS – Governo RS, SMS/ governo municipal, Vereadores, Educação Pública, Empresários e Educação Privada, Médicos.

No caso dos médicos, percebeu-se um descolamento institucional com a criação de outras instâncias, em um processo de criação de identidade com a ciência e com o empreendedorismo. A pandemia é vista como uma situação de crise que exige medidas mais eficazes e tomada de decisão mais rápida. Neste momento, esses atores fazem uma crítica ao que o setor público deixa de fazer. A pandemia foi, portanto, uma oportunidade para afirmar princípios de mercado.

Neste primeiro momento, esse grupo alimentou a mídia local e fez circular áudios associando fatos com previsões catastróficas e com as iniciativas que o próprio grupo protagoniza. Há o aumento de legitimidade deste segmento com a associação de ações competentes e necessárias de saúde com amplo apoio do setor privado da cidade. É a aliança (embrionária no primeiro momento) que se mantém coesa em todo o período da pesquisa.

O distanciamento é uma possibilidade para outras formas de atendimento. Isso dá origem a um instituto e ao financiamento privado de ações de modernização

e incorporação tecnológica no campo da medicina.

O grande consenso se dá pelo reconhecimento da gravidade da pandemia, e cada ator passa a organizar sua ação institucional, dando início a um cenário em que o consenso inicial não sustenta a composição da agenda: no setor público, a Universidade assume a agenda da pesquisa e os serviços vão compondo a rede de assistência, com foco na atenção hospitalar. Mesmo que essa perspectiva não incorpore de forma explícita, a teoria da determinação social do processo saúde-doença, ela será a posição mais avançada. Os atores sociais, que disputam o diagnóstico e a forma de enfrentamento da pandemia estarão, a partir de agora, demarcando posições em campos distintos.

4.3 MOMENTO 2: DISPUTA PELA CONDUÇÃO DO ENFRENTAMENTO

Compreendido pelo período de agosto a dezembro de 2020 (Semana Epidemiológica 32 até a SE 53), houve a confirmação de 11.614 casos para Covid-19, 38.190 casos de síndrome gripal notificados, e 142 óbitos (22,72% do total analisado). Houve um aumento das internações hospitalares por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para 655, no período, perfazendo 28,38% do total, o que denota um agravamento em relação ao momento anterior.

No que se refere ao Estado, um novo aumento expressivo de hospitalizações por COVID-19 teve início na SE 43, o qual atingiu a maior densidade de incidência semanal desde o início da pandemia. A letalidade hospitalar foi de 32% no período, sendo que os idosos apresentaram 5,9 vezes maior risco para hospitalizações e 19,6 vezes maior risco para óbito, ao passo que 57% das hospitalizações e 82% dos óbitos ocorreram em pessoas com 60 ou mais anos de idade. Grupos populacionais de menor escolaridade e de cor da pele preta apresentaram maior letalidade hospitalar, e a ocorrência de óbitos foi 23% maior para o sexo masculino. Ainda, a comorbidade mais prevalente foi doença cardiovascular, seguida de diabetes mellitus.

Neste período, foi possível identificar as principais disputas no campo. Em um polo, o público, com agenda pautada pelas recomendações internacionais em associação entre a universidade, gestão municipal, ministério público e gestores regionais. Em outro, a associação de parte da medicina com o setor empresarial. Ficou evidente o rompimento de consensos a respeito da gravidade e das formas de

intervenção. O setor privado desativou serviços e concentrou o atendimento em um hospital. Aumentou a pressão para retorno de atividades escolares presenciais.

Acirrou-se a disputa sobre as formas de tratamento. Grupos que anteriormente defendiam o isolamento passaram à defesa de um conjunto de medicações (que nacionalmente ficou conhecido como KIT COVID), mas que não teve sua eficácia comprovada. Em relação a este tema, a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou uma nota informativa referindo que não adotaria nenhum protocolo para o tratamento de COVID-19 até que evidências científicas fossem comprovadas, cabendo a decisão de uso de medicamentos aos profissionais médicos e seus pacientes. A pressão para que os serviços públicos municipais disponibilizassem, mesmo assim, estas medicações foi grande, mas a Secretaria de Saúde, em consonância com as orientações da SES, não assumiu como protocolo, tampouco estimulou.

Na campanha eleitoral para o executivo municipal, ganhou força a disputa entre quem defendia a segurança sanitária e quem defendia preservar segmentos do mercado, entendendo que o uso de medicação profilática pudesse representar uma “segurança” a flexibilização e a retomada acelerada das atividades. Esta dicotomia se traduziu na composição do segundo turno, sendo que cada um dos candidatos defendia uma das posições. O período encerra com a reeleição do atual prefeito, o qual, desde o início da pandemia, esteve mais próximo da ciência, na medida em que primou suas decisões por orientações de técnicos da área da saúde, sejam eles do setor privado ou público.

Em relação ao processo de trabalho no Centro de Referência, seguiu intenso, com aumento gradativo da demanda, tanto que em setembro foi contratada uma Farmacêutica para ficar exclusivamente na coleta, fato este que permitiu que os residentes pudessem concentrar esforços no seguimento dos casos positivos, investigação de surtos e clusters.

Cabe ressaltar que houve, neste período, alguns momentos em que os resultados de exames demoraram muito, o que atrapalhou sobremaneira o fluxo do serviço e acarretou descontentamento da população. Mais uma vez o trabalho conjunto com o MPT foi primordial, pois, asseguraram a parceria com a Unipampa, em São Gabriel, para o envio e análise das amostras, disponibilizando os resultados em até 24h. Após este período mais tenso, os usuários passaram a poder acessar os resultados dos exames de RT-PCR pelo site da Prefeitura.

No que se tange as atividades da APS, houve um retorno lento, ainda permeado de receio por parte da população e dos trabalhadores. As reuniões *on line* com as equipes da Rede seguiram, buscando-se esclarecer dúvidas, atualizar protocolos, além de reforçar a importância da oferta da coleta de RT-PCR nos territórios, com o propósito de evitar o trânsito deste usuário, diminuindo assim a possibilidade de disseminação do vírus. Neste sentido, montou-se uma estratégia de visita às Unidades, primeiramente naquelas que sinalizaram interesse, para uma conversa inicial, onde foi exposta a proposta e a metodologia de trabalho. Após, os residentes voltaram aos serviços, pelo menos em 2 momentos, para capacitação in loco e acompanhamento, sempre com a anuência da Superintendência da Atenção Básica.

Em relação ao controle social, manteve-se a proximidade, com o compartilhamento de informações e atualizações. O mesmo continuou cobrando e monitorando as questões referentes aos protocolos adotados pela Secretaria de Saúde nos serviços e o fato de haver a disponibilização de EPIs suficientes aos trabalhadores. Neste período, houve o posicionamento contrário do Conselho de Saúde em relação a voltas às aulas, até que se tenha disponível vacinação para docentes e alunos. Ainda, o CMS deliberou realizar uma campanha de conscientização em prol de sensibilizar a comunidade de que é preciso se cuidar e valorizar a vida, pois a pandemia não acabou.

No que se refere à retaguarda hospitalar, em setembro, foram habilitados mais cinco leitos de UTI no Hospital Regional, para tratamento contra a Covid-19, passando a contar com 55 leitos de UTI Covid, entre público e privado.

Buscando planejar a campanha de vacinação contra a Covid-19, a Secretaria de Saúde congregou o grupo gestor e alguns trabalhadores, no mês de dezembro, que passaram a se reunir e pensar possibilidades de locais e de como operacionaliza-la, tendo como base a campanha da H1N1. De antemão, foi solicitado apoio as Instituições de Ensino para operacionalização da referida campanha, o que de pronto foi acatado, demonstrando a potência da integração ensino-serviço do município. A força tarefa da fiscalização continuou com seu trabalho, de modo integrado.

Neste período, houve falta de medicamentos sedativos, anestésicos e bloqueadores neuromusculares. A Câmara Municipal de Vereadores (CMV), por meio da Comissão de Saúde, continuou bastante atuante em relação às questões da

pandemia, realizando reuniões de esclarecimentos em relação a protocolos adotados pelas instituições hospitalares e oferta de medicamentos utilizados para a sedação dos pacientes na rede pública.

Identificou-se forte relação entre os métodos propostos para o enfrentamento da pandemia e os propósitos de governo defendidos pelos grupos. No caso dos atores representantes da medicina privada em associação com os empresários há um discurso desconexo que não deixa claro a relação entre as teorias a respeito das formas de transmissão e os métodos para enfrentamento da pandemia. A exigência de que o governo cumpra com o seu papel e implemente propostas de crescimento econômico é feita em detrimento do reforço de medidas não farmacológicas.

O grupo de médicos esteve, neste período, claramente associado aos empresários do comércio e o pavor que caracterizava as primeiras mensagens é substituído pelo terror a respeito das consequências devastadoras para a economia. Novamente, há coprodução de teoria e método em evidente relação com uma determinada concepção de Estado e do propósito de crescimento econômico.

4.4 MOMENTO 3: ÁPICE DA PANDEMIA EM AMBIENTE DE DISPUTA PELA CONDUÇÃO DO ENFRENTAMENTO

Período compreendido entre janeiro e maio de 2021 (Semana Epidemiológica 01 até a SE 22), o qual atingiu 32.382 casos confirmados para Covid-19 desde o início da pandemia, 103.721 casos de síndrome gripal notificados, e 625 óbitos (sendo que, 450 destes (72%), ocorreram neste período). Corroborando com a premissa de que este período foi o ápice da pandemia, no que se refere às hospitalizações por SRAG, foram 1.463 internações (63.39%), sendo que a semana com maior número foi a SE 11.

No que se refere ao Estado, um aumento expressivo de hospitalizações por COVID-19 se iniciou na SE 05 e causou o esgotamento dos leitos de UTI. A partir da SE 18 ocorreu novo aumento na incidência de hospitalizações. A taxa de letalidade hospitalar foi de 36%, sendo que os idosos, em comparação com os não idosos, apresentam risco relativo de 5,2 para hospitalizações e de 13,2 para óbito.

Todas as Regiões do estado apresentaram a maior taxa de mortalidade ao longo de toda a pandemia no pico ocorrido a partir da SE 05. A maioria das Regiões

encontra-se em ALERTA para esgotamento do sistema de saúde, com elevação de óbitos a partir da SE 18. A partir de fevereiro de 2021 ocorreu redução da proporção de pessoas com mais de 70 anos dentre hospitalizados e óbitos por Covid-19. Já a partir de maio de 2021 ocorreu redução da proporção de pessoas com mais de 60 anos dentre hospitalizados e óbitos por Covid-19, mas evidenciou-se um novo aumento da proporção de pessoas com mais de 80 anos dentre óbitos por Covid-19.

A comorbidade mais prevalente entre os óbitos, para idosos e não idosos foi doença cardiovascular. A segunda comorbidade mais prevalente entre idosos foi diabetes mellitus e a segunda comorbidade mais prevalente entre não idosos foi obesidade. A letalidade hospitalar foi expressivamente maior nos grupos de menor escolaridade, e de pessoas de cor da pele preta e parda.

Localmente, esgotou-se a capacidade dos serviços, tanto no que tange a questão hospitalar, quanto à questão ambulatorial, já que tivemos óbitos de usuários nas portas de urgência e emergência. Os meses de março e abril traduziram o pior momento da pandemia no município, visto que a taxa de ocupação hospitalar (sobretudo leito de UTI) esteve, entre os meses de fevereiro e maio, acima dos 90%. Houve um desgaste dos trabalhadores da saúde e um relaxamento, por parte da população das medidas de distanciamento social, higiene e uso de máscara. Este período coincidiu com as férias escolares.

Tentando dar maior suporte a crise iminente, foram habilitados mais cinco leitos de UTI Covid para adultos no Hospital Universitário de Santa Maria (Husm), que passa a contar com 20 leitos, e mais oito novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o Hospital Regional, que chega a 38 leitos. Ocorreu também a abertura de 25 novos leitos clínicos de apoio à UTI para tratamento da doença causada pelo coronavírus, sendo 15 no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e 10 no Hospital Regional (HR).

Em se tratando da Atenção Primária, as agendas foram reorganizadas, a introdução de teleconsultas foi reconhecida como importante estratégia de cuidado, sobretudo aos doentes crônicos. Ampliou-se o número de unidades que incorporaram o acolhimento com classificação de risco.

O aumento e a consequente descentralização dos locais de coleta para exames RT-PCR foram ações do Executivo para reforçar o combate à pandemia no Município. Com mais opções de testagem nos territórios, além do Centro de Referência Municipal da Covid-19, que também teve o horário ampliado, a

população com sintomas gripais pode evitar grandes deslocamentos para que tivessem acesso a testagem.

Neste período, tiveram continuidade às reuniões e pactuações com o Ministério Público Estadual (MPE), Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público do Trabalho (MPT), além da aproximação com as forças de segurança, tais como Polícia Civil, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Brigada Militar, Corpo de Bombeiros, Susepe, Guarda Municipal, sobretudo no que se refere ao processo de vacinação.

O ano de 2021 iniciou com a expectativa da deflagração da Campanha Nacional de Imunização contra a Covid-19, já que a mesma já havia iniciado em grande parte dos países da Europa, Ásia e da América, em dezembro. O primeiro ato oficial de 2021 da gestão do Executivo Municipal, no dia 04 de janeiro, foi nomear, por meio de Portaria, os integrantes do Grupo Técnico de Vacinação para a Covid-19, visando alinhar estratégias para a operacionalização desta campanha de imunização.

Em um cenário de incerteza em relação ao quantitativo de doses, a data de repasse destas aos municípios, as vacinas que estariam disponíveis, os grupos prioritários, no dia 19 de janeiro, em um ato simbólico, teve início o processo de vacinação contra a Covid-19 no município, com a chegada das primeiras 4.200 doses. Desde as primeiras ações, foram respeitadas as orientações dos grupos prioritários dispostos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (MS) e aos informes técnicos e Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Este processo de vacinação vem corroborando a potencialidade da integração ensino-serviço, com a disponibilização de acadêmicos, docentes e técnicos envolvidos nas ações, além de várias Instituições que cedem seus espaços físicos, estruturas e recursos humanos para que tudo possa acontecer. O agravamento da pandemia e a descoberta de uma nova cepa do vírus em Manaus, a P.1, levou a um colapso do sistema de saúde da cidade e do Estado do Amazonas, o que acarretou, como consequência, a necessidade de buscar atendimento a estes usuários fora de seu território.

Neste sentido, Santa Maria recebeu, no dia 02 de fevereiro, quinze amazonenses, todos encaminhados ao Hospital Regional. A referida ação só foi possível pelo trabalho conjunto de vários entes, coordenados por técnicos do

Governo do Estado do RS, Prefeitura Municipal de Santa Maria e Hospital Regional, além da participação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Exército Brasileiro, Base Aérea, Guarda Municipal, DMT (Departamento Municipal de Trânsito), Brigada Militar, Polícia Rodoviária Federal e empresas privadas.

Ao mesmo tempo, parece ampliar-se o espaço dos atores contrários a medidas não farmacológicas, o que pode resultar no descrédito das recomendações da ciência (representada pela Universidade e pelo SUS) e a desconfiança da população em relação à eficácia da vacina, fato este muito atrelado a questões políticas. Com o início de um novo mandato na Câmara de Vereadores, observou-se uma mudança no comportamento dos Edis em relação ao Executivo, muito em função de que a maioria não faz parte da base governista e apresenta um caráter mais conservador.

Neste cenário, foi retomada a discussão sobre a importância da incorporação do KIT COVID, ou seja, o chamado tratamento precoce, na rede SUS no município. No dia 23 de março foi promulgada a Lei Municipal nº 6.532, a qual dispôs sobre a disponibilização gratuita do kit destes medicamentos, apesar da manifestação do Executivo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, de que não haveria nenhuma orientação por parte da SES de que devêssemos fazê-lo, sobretudo pela falta de evidências científicas robustas que sustentassem tal estratégia.

Este período coincidiu com a publicação do “Manifesto pelo Tratamento Precoce”, que consistiu em um documento assinado por 279 médicos, de várias especialidades que trabalham diretamente com os doentes de Covid19 e por colegas médicos que, apesar de não estarem na linha de frente, apoiam esta luta. Manifestaram-se a favor da intervenção precoce no tratamento da COVID-19, destacando a correta combinação de medicações de acordo com o momento da doença, desde que observado a adequação das combinações ao estado e evolução de cada paciente.

Ainda, reforçam que uma das maneiras de se validar o efeito de um tratamento é fazer com que ele seja reprodutível, e que qualquer outra nota e carta assinada por médicos e sociedades médicas se posicionando contra o tratamento precoce, não os representam. Por fim, solicitam que em todos os serviços, públicos ou privados do município, os pacientes possam ter acesso à avaliação e ao tratamento precoce, conforme conduta profissional.

Com relação a esta temática, o Conselho Municipal de Saúde posicionou-se a

favor do Executivo no que se refere a não assumir como protocolo nos serviços de saúde a institucionalização do KIT COVID. Desconsiderando a ordem dos grupos prioritários designados no Plano Nacional de Imunização, a CMV promulgou Lei para priorizar professores e funcionários da educação pública municipal, estadual e privada, que se encontram em contato direto com alunos.

A partir do mês de abril, a Epicovid19-RS se tornou o único estudo no mundo a realizar 10 etapas de acompanhamento da Covid-19 nas mesmas nove cidades. A pesquisa também foi realizada em Pelotas, Uruguaiana, Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul, Ijuí, Passo Fundo e Santa Cruz do Sul, e envolveu uma rede de 12 universidades: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinos), Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal do Pampa (Unipampa/Uruguaiana), Universidade de Caxias do Sul (UCS), Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento (IMED), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/Passo Fundo), Universidade de Passo Fundo (UPF) e Universidade La Salle (Unilasalle). Os financiadores do projeto foram o programa Todos pela Saúde, o Bannisul, o Instituto Serrapilheira, a Unimed Porto Alegre e o Instituto Cultural Floresta.

Após um ano do modelo de distanciamento controlado, o governo do Estado, por meio do Decreto Nº 55.882, de 15 de maio de 2021, instituído o Sistema de Avisos, Alertas e Ações (3A's) para fins de monitoramento, prevenção e enfrentamento à pandemia de COVID-19 no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

Este sistema, gerenciado pelo Gabinete de Crise, consistiu na mensuração e no acompanhamento diário das informações estratégicas em saúde, especialmente acerca da velocidade de propagação da COVID-19 e da capacidade de atendimento do sistema de saúde, observado o número de casos confirmados, de óbitos, de hospitalizações, dentre outros.

A proposta seria a divulgação de boletins, boletins regionais, protocolos e outros materiais de comunicação, disponibilizados no sítio eletrônico <http://sistema3as.rs.gov.br>, bem como, sempre que necessário, expedidos avisos e alertas às Regiões COVID-19 para a adoção das ações adequadas. Sempre que o

Sistema identificar, em face da análise das informações estratégicas em saúde, tendência de piora na situação epidemiológica ou outra situação que demande atenção no âmbito de determinada Região COVID-19, serão, conforme o caso, adotadas as seguintes medidas:

– Avisos: comunicação formal acerca do diagnóstico de tendência de piora na situação epidemiológica ou outra situação que demande atenção no âmbito de determinada Região COVID-19, para que sejam adotadas as medidas adequadas para a preservação da saúde pública;

– Alertas: consiste na comunicação formal acerca do diagnóstico de tendência grave de piora na situação epidemiológica ou outra situação grave que demande especial atenção no âmbito de determinada Região COVID-19, para que sejam adotadas as medidas adequadas para a preservação da saúde pública;

– Ações: consiste nas medidas a serem adotadas pelo Gabinete de Crise, em conjunto ou independentemente das medidas aplicadas pela Região COVID-19, para enfrentamento ou mitigação da situação epidemiológica que ensejou o alerta.

Este novo modelo proposto aumenta a responsabilidade e a participação dos municípios, que poderão definir protocolos que atendam ao equilíbrio entre a responsabilidade sanitária e o desenvolvimento econômico, sempre com a supervisão do Governo do Estado e respeitando os protocolos Gerais Obrigatórios e os Obrigatórios por Atividade, com incidência em todo o RS.

No público, houve criação da central de atendimento e a organização dos Centros de Operações Especiais. As principais mudanças organizacionais (que poderão repercutir no futuro) são a centralidade na assistência hospitalar, com a desativação da capacidade (já reduzida) da APS.

4.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PERÍODO ESTUDADO

Nesta parte do relatório estão reunidas as informações relacionadas ao período estudado, com ênfase no direcionamento do principal recurso financeiro, o incremento de leitos hospitalares. Inventariar esses investimentos na sua condição de produtores de organizações procura ampliar a resposta a um dos objetivos específicos da investigação, que é identificar produção de organizações.

Tabela 2 – Notificações de síndrome gripal, Casos Confirmados, Hospitalizações por Covid-19 e Óbitos no período estudado

Casos/Período	Momento 1 (SE 12 até SE 31/20)	Momento 2 (SE 32 até SE 53/20)	Momento 3 (SE 01 até SE 17/21)
Notificações de síndrome gripal	11.756	38.190	53.775
Casos confirmados	1.834	11.614	18.934
Hospitalizações por Covid-19	190	655	1.463
Óbitos	33	142	450

Fonte: Sistema de Informações do Município de Santa Maria/RS e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Inicialmente apresentamos o consolidado da situação da pandemia no período estudado. Como relatado anteriormente, após um período inicial, há aumento importante no número de casos, de hospitalizações e de óbitos, de forma gradativa como foi observado anteriormente na Tabela 2.

Tabela 3 - Número de leitos SUS de UTI Adulto Covid-19, em Santa Maria/RS

Hospital	1º Momento (Mar-jul/2020)	2º Momento (Ago-dez/2020)	3º Momento (Jan-maio/2021)
Hospital Regional de Santa Maria	10	30	38
Hospital Universitário de Santa Maria	10	15	20
Total	20	45	58

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 4 - Número de leitos Clínicos SUS Covid-19, em Santa Maria/ RS

Hospital	1º Momento (Mar-jul/2020)	2º Momento (Ago-dez/2020)	3º Momento (Jan-maio/2021)
Hospital Regional de Santa Maria	30	40	60
Hospital Universitário de Santa Maria	10	10	20
Hospital Casa de Saúde	-	-	14
Total	40	50	94

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Em relação a ampliação do número de leitos clínicos, também se observa a concentração de investimento em organizações públicas. Neste caso, houve um incremento de leitos em hospital filantrópico não lucrativo.

Tabela 5 - Número de leitos SUS de UTI, em Santa Maria/RS

Leitos de UTI	Dezembro/2019	Maió/2021
Número de Leitos de UTI	45	103

Fonte: Tabnet-Datasus.

O crescimento dos leitos de UTI no período estudado pode alterar a configuração, financiamento e papel do hospital no futuro. Com a habilitação dos leitos de UTI Covid, houve um incremento de 129% no quantitativo de leitos de UTI no município.

Tabela 6 - Número de leitos de internação SUS, em Santa Maria/RS

Leitos de Internação	Dezembro/2019	Maió/2021
Nº de leitos cirúrgico	162	90
Nº de leitos clínico	222	222
Nº de leitos Obstétrico	59	53
Nº de leitos Pediátrico	58	58
Nº de leitos de Outras Especialidades	26	26
Nº de leitos Hospital Dia	10	10
Total	537	459

Fonte: Tabnet-Datasus.

Verifica-se que o quantitativo de leitos de internação SUS diminuiu no período. Isto se deve ao fato de que os hospitais locais deixaram de ser referência para a Rede de Saúde da região em algumas especialidades, tais como cardiologia, traumatologia e ortopedia.

Tabela 7 - Capacidade instalada da Rede Hospitalar em Santa Maria/RS

Hospital	Público/ privado	Leitos							
		2019				2021			
		Total	Total SUS	UTI	UTI SUS	Total	Total SUS	UTI	UTI SUS
HUSM	Público	374	374	34	34	390	390	50	50
HCAA	Privado	447	0	56	0	403	0	59	0
Hospital Casa de Saúde	Público – Entidade sem fins lucrativos	112	112	0	0	104	104	0	0
Hospital Regional	Público	0	0	0	0	98	98	38	38
São Francisco	Privado	68	0	10	0	68	0	10	0

Hospital Geral da Unimed	Privado	26	0	0	0	30	0	0	0
Hospital da Brigada Militar	Privado	46	0	0	0	46	0	0	0
Base Aérea	Privado		0	0	0		0		0
Total		1.073	486	100	34	1.139	592	157	88

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Se formos comparar a rede hospitalar antes da pandemia e em maio de 2021, houve um incremento no número total de leitos disponíveis no município, sobretudo leitos do Sistema Único de Saúde. Ainda assim, evidencia-se o investimento na ampliação de leitos de UTI SUS, tendo um incremento de 158,82% no quantitativo, neste período. A expansão é feita em dois hospitais públicos, um sob gestão do governo federal (através da EBSEH) e outro sob gestão estadual. Não houve ampliação de leitos de UTI, com recursos públicos, no setor privado.

5 DISCUSSÃO

Aung et al. (2021), em um estudo multinacional conduzido de abril a junho de 2020, que envolveu pesquisadores de 12 países, demonstrou que apesar das intervenções políticas terem sido muito semelhantes no mundo, como medidas de distanciamento social, higiene das mãos, uso de máscara, rastreamento dos contatos, isolamento e quarentena, houve diferenças nas respostas da comunidade.

Evidenciou-se que a comunicação eficaz é fundamental para promoção de ações coletivas de prevenção da transmissão viral, além de que, para que as pessoas fiquem em casa, os governos devem oferecer apoio econômico e social. Person et al. (2021) realizaram um estudo para avaliar a eficácia das estratégias governamentais não medicamentosas, por meio de busca nas bases de dados no Medline/PubMed, na Cochrane Library e na EMBASE, onde 10 estudos foram incluídos, e que em sua maioria, recomendam o uso de máscaras faciais, lockdown e distanciamento social como estratégias que podem contribuir efetivamente para a redução de novos casos da Covid-19.

Para Garcia e Duarte (2020), é fundamental a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das demais áreas do sistema de proteção social de forma articulada, com ênfase na tomada de decisões baseadas nas melhores evidências disponíveis e comunicadas de forma transparente, para se promover a confiança da população. A adesão da população às intervenções não farmacológicas (INF) como uso de máscara, lavagem das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, arejamento e exposição solar de ambientes e à limpeza rotineira de ambientes e superfícies possui importante impacto na contenção da epidemia.

A OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) traçou alguns objetivos estratégicos globais para 2021, dentre os quais frear a transmissão e proteger os vulneráveis por meio do acesso a vacinação contra a Covid-19; reduzir a exposição das pessoas, mediante a adoção de medidas de distanciamento, uso de máscara, higiene das mãos e ventilação dos ambientes; capacitar as comunidades; combater boatos e desinformação, com a disseminação de informações relevantes e embasadas cientificamente e reduzir a mortalidade e morbidade por todas as causas, garantindo acesso a cuidados e tratamento.

Se pensarmos no primeiro momento relatado, houve a criação do centro de referência da covid-19 que centralizou grande parte das coletas da rede SUS, para

além das portas de urgência e emergência, a corrida pela busca de leitos de UTI exclusivo Covid e a suspensão de atividades ambulatoriais e hospitalares, o que Seixas et al., (2021) consideram uma abordagem tecnicista, centrada na incorporação de tecnologias duras, em resposta a pandemia.

Os autores referem que esta abordagem não contempla um conceito mais amplo de saúde, que inclui singularidades, inclusões e exclusões, valores e cultura, e que para tanto, uma abordagem que considera a utilização de tecnologias de cuidado em várias dimensões, ampliando o uso de tecnologias leves, que prima pela construção de vínculos, responsabilização e compartilhamento do cuidado, como a Atenção Primária, tem sido pouco utilizada (SEIXAS et al., 2021).

Para Farias et al (2020), a melhor ferramenta de controle existente para o Covid-19 é a prevenção e não existe melhor lugar para desenvolvê-la do que na APS. A APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, devendo estar fortalecida, equipada e integrada aos demais níveis de atenção, com destaque a valorização da ESF, incluindo a garantia de condições dignas de trabalho e de assistência, como o provimento de EPI's adequados e em quantidade necessária para que os profissionais possam ter segurança em sua atuação e, conseqüentemente, protegerem seus pacientes.

Há de se considerar que, se pela orientação inicial tanto do MS como da SES, inicialmente, a APS foi posta como expectadora deste processo e que, na prática, ocorreu uma resistência bastante grande das equipes em assumirem seu papel junto a Pandemia, mesmo com a dispensação suficiente de EPIs, orientação e suporte, a insegurança e o medo dos trabalhadores foram presença constante.

No início da pandemia, o Centro de referência (vigilância em saúde) assumiu para si a responsabilidade sobre o monitoramento e acompanhamento dos casos. Ocorreu que, com o aumento gradativo do número de casos positivos, ficou insustentável conseguir fazer este controle.

Com o passar do tempo, as reuniões com a APS, esclarecimentos de dúvidas e anseios das equipes, buscou-se estimular que os mesmos fizessem o acompanhamento dos casos de seu território, na medida em que o centro compartilhou uma planilha com todos os casos positivos, por bairro. Ainda, houve resistência por parte de alguns tanto para a avaliação dos sintomáticos respiratórios quanto para a coleta de RT-PCR nas Unidades de Saúde.

Giovanella et al. (2021) corroboram o papel de uma APS forte em resposta às

emergências, já que permite uma abordagem comunitária e de vigilância em saúde, promovendo um cuidado integrado e articulado; alertando que, pela centralidade do cuidado hospitalar, perdeu-se a oportunidade de mostrar a efetiva atuação desta na pandemia, com raras exceções. Reforçam ainda que, a vigilância em saúde não é dominante das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e que é frágil a integração entre estes setores, muito pela falta de comunicação e planejamento conjunto das ações, associado a carência de capacitação na área da vigilância epidemiológica para as equipes.

Abreu e Serrate (2020) destacam que em Cuba, ações voltadas ao fortalecimento do sistema de vigilância e controle epidemiológico nacional, desde o primeiro nível da atenção à saúde foram guiadas pelo médico de família e enfermeiro, contando com a contribuição de alunos e professores universitários das ciências da saúde, de outras carreiras e da população.

Giovanella et al. (2021) referem que, muito pela ausência de autoridade nacional sanitária e de coordenação intergovernamental, da necessidade de construção de redes regionalizadas, houve um fortalecimento da autoridade sanitária estadual.

A estratégia inicial precisava dar conta do maior número de pessoal em um menor tempo possível, por isso realizamos ações grandes, concentradas, em locais maiores, até porque a maioria das unidades de saúde possuem estruturas físicas pequenas, o que acarretaria aglomeração em um momento bastante crucial da pandemia.

Com o passar do tempo e com o avanço do processo de vacinação, começou-se a diversificar as estratégias e promover mais ações nos territórios, buscando ampliar o acesso à população, não somente nos locais que possuem unidade de saúde, mas também nos territórios que não possuem unidade básica de referência. Estas ações têm sido bastante efetivas.

No Brasil, o receio e a insegurança dos pais em levarem as crianças até um serviço de saúde, fez com que as coberturas vacinais tivessem uma diminuição nesta pandemia (MENDES, 2020).

Causey et al. (2021) realizaram um estudo global estimando o número de crianças que deixaram de realizar duas vacinas de rotina, a terceira dose de difteria – tétano-coqueluche (DTP3) e a primeira dose do sarampo (MCV1), em 2020, de acordo com a super região *Global Burden of Disease* (GBD). Estimou-se que, de

janeiro a dezembro, cerca de 30,0 milhões de crianças perderam as doses de DTP3 e 27,2 milhões de crianças com as doses de MCV1 perdidas. Deste modo, os autores ressaltam ser imperativo o fortalecimento dos sistemas de vacinação de rotina, havendo a necessidade de alocação de recursos, de modo que se possam minimizar os riscos de surtos por doenças imuno-preveníveis. Localmente, o município de Santa Maria também evidencia uma diminuição das coberturas vacinais, sobretudo de crianças menores de cinco anos, nos anos de 2021 e 2020, em comparação com 2019.

Conceição et al. (2020) reforçam que a velocidade na implementação das ações de combate a pandemia está diretamente relacionada a um cenário mais favorável de mitigação dos seus efeitos e conseqüentemente, a possibilidade de evitar mortes. Ainda assim, em países com maior vulnerabilidade social, como o Brasil, para além de aspectos clínicos, há de se considerar os determinantes sociais na construção dos planos de enfrentamento para se obter melhores resultados. Traz como exemplo o município de Niterói (RJ) que, apesar de registrar o primeiro caso de Covid-19 somente em março, baseado em experiências de outros países, ainda em janeiro começou a pautar suas ações.

Para exemplificar uma de suas ações intersetoriais, foi criado, em parceria entre as Secretarias de Saúde e Assistência Social, o Centro de Referência em Quarentena Assistida (CRQA), com o objetivo de acolher usuários positivos para Covid-19 que não dispunham de condições habitacionais para realização do isolamento, tendo sido uma ferramenta de cuidado a população mais vulnerável (CONCEIÇÃO et al., 2020).

Seixas et al. (2021) trazem para a discussão o quanto o modelo biomédico hospitalocêntrico privatizante, o qual tem como centralidade o cuidado no hospital e nas tecnologias duras e leve-duras, não tem se mostrado resolutivo (suficiente) para o enfrentamento e o pós-pandemia. No Brasil, a exemplo de Milão e Nova Iorque, a falta de uma uniformidade, por parte do governo federal nesta condução, em expor e reconhecer a gravidade da situação, acarretou um avanço rápido no número de casos de Covid-19, com conseqüente sobrecarga da rede hospitalar e elevação no número de mortes evitáveis.

Mendes (2020) relata que,

O cenário se torna mais crítico quando se examinam outras variáveis como

as interpretações diferenciadas sobre a efetividade das medidas não farmacológicas; a politização de questões técnicas que deveriam ser estabelecidas com base em evidências científicas; a fragilidade da coordenação nacional da pandemia; a concomitância de uma crise sanitária com uma forte crise econômica e social que lhe é consequente; e a polarização entre a saúde (reduzir a incidência da doença e das mortes provocadas) e a economia (proteger as empresas e os empregos, garantir renda para grupos mais vulneráveis e estimular a economia).

A velocidade da expansão da primeira onda da pandemia foi condicionada as estratégias de enfrentamento adotadas pelos países, estados e municípios, podendo a curva ser mais aguda ou achatada. A adoção de medidas não farmacológicas tem por objetivo promover o achatamento desta curva, o que permite a distribuição do choque das demandas dos serviços ao longo do tempo, evitando o colapso, sobretudo no ambiente hospitalar, ganhar tempo para que as equipes possam aprender a manejar a doença da melhor forma, além de “dar mais tempo” para que medicamentos e vacinas possam ser desenvolvidos e testados.

Foi com este intuito que, ainda no mês de março, o executivo buscou adotar medidas mais restritivas no município, como a suspensão de aulas, do comércio, o que, de certa forma, teve este efeito de achatamento, já que a primeira morte foi oficializada em quatorze de maio, tendo o município tempo hábil para articular a abertura de leitos hospitalares exclusivos para tratamento Covid-19 (tanto clínicos, quanto de UTI) (MENDES, 2020).

Mendes (2020) pontua que a diminuição dos atendimentos dos usuários com condições crônicas nesta pandemia provocou um agravamento destas condições, gerando mortes evitáveis. Cabe ressaltar que esta desassistência pode ter sido causada pela falta de acesso ou pelo receio dos usuários buscarem os serviços de saúde. Mendes denominou esta terceira onda de “paciente invisível”, ou seja, as necessidades dos usuários com condições de saúde não Covid-19 tornaram-se invisíveis para os sistemas de saúde.

Gleriano et al. (2020) reitera que o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no que se refere aos princípios da universalidade e descentralização, tem sido um diferencial para o enfrentamento desta pandemia, quando se busca a integralidade do cuidado. A pandemia revelou fortalezas e lacunas de qualificação e vinculação profissional.

No Brasil, as Universidades, sobretudo as públicas, têm sido parceiras dos governos na condução das ações de enfrentamento da pandemia, e produzido

conhecimento científico qualificado, mesmo em face de um cenário de subfinanciamento.

Santa Maria corroborou esta tendência trazida por Gleriano et al. (2020) na medida em que, sendo uma “Cidade Universitária”, contou com o apoio, parceria e iniciativas das Instituições de Ensino desde o princípio e em diferentes frentes, tais como: análise de exames de RT-PCR, disponibilização de dados e informações diárias sobre a Covid-19 (Observatório de informações em saúde da UFSM), docentes e discentes auxiliando na campanha de vacinação, criação e operacionalização de uma plataforma de teleatendimento e uma central de orientações da vacinação da Covid-19.

Para além disto, a Universidade Federal de Santa Maria, desde o início da pandemia, vem se destacando como uma das instituições brasileiras que mais tem contribuído em pesquisas relacionadas a vacinas contra o coronavírus, tendo iniciado com a vacina da AstraZeneca, e posteriormente, com a vacina desenvolvida pela farmacêutica Clover Biopharmaceuticals. Ambas fazem parte da iniciativa Covax Facility, criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para distribuir as vacinas de modo mais equitável no mundo (www.ufsm.br).

Ainda, por meio do Laboratório de Bioinformática aplicada à Microbiologia Clínica, no Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas do Centro de Ciências da Saúde, passou a realizado o sequenciamento genético da SARS-CoV-2, o vírus responsável pela pandemia da COVID-19, com o intuito de mapeamento das novas variantes do coronavírus e levantamento de informações que subsidiem a tomada de decisões e auxiliem no direcionamento dos esforços com medidas de contenção e mitigação de riscos.

Uma outra questão abordada por Gleriano et al. (2020) foi de que a coordenação da gestão deve ser ocupada por liderança com experiência em gestão de crise, ou na ausência deste, priorizar um gestor com capacidade de articulação e que reforce a autonomia das ações da gestão pública na saúde.

Campos (2021) discorre sobre a ideia de que a pandemia retirou o SUS da invisibilidade que a classe média, a mídia e a sociedade haviam o colocado nos últimos trinta anos. Por outro lado, desvelou-se a fragilidade da rede de cuidado à saúde, sobretudo em relação a APS, decorrente, dentre outros fatores, da precária coordenação do SUS.

A primeira identificação dos atores deu lastro para o registro das ações, mas mostrou-se insuficiente para a análise das forças que disputaram a produção das ações de enfrentamento da crise sanitária. Em um dos momentos de discussão dos resultados, elaborou-se um segundo quadro, que expressa o movimento dos atores na defesa de interesses distintos, conciliáveis ou não. Voltando aos componentes do Postulado de Coerência, identifica-se um processo de aglutinação entre os diferentes atores com uma definição mais clara das estratégias de cooperação e de enfrentamento.

Tabela 8 - Matriz para análise dos resultados da pesquisa

Grupos	Teorias Métodos Propósitos de governo
Universidade, SUS (gestão estadual e municipal). Conselho Municipal de Saúde	Predominantemente Público. Métodos: isolamento, distanciamento, vacina, pesquisa, incremento de leitos. Teoria sobre o processo saúde-doença resultou em pouca aposta na APS no período inicial. Atores se orientam por distintas teorias, a teoria da determinação social do processo saúde doença vai sendo reforçada, mas não determina ações. Consenso a respeito da importância do SUS e do papel do Estado.
Empresários e Educação Privada, Grupo de Médicos vinculados ao privado. Câmara Municipal de Vereadores. Ministério da Saúde/Governo Federal	Predominante privado. Métodos: pressão para terminar com as restrições e “tratamento precoce”. Teorias: Manifesto de março de 2021. Nega a importância da doença.

Fonte: Autora - Trabalho de campo: Construção das estratégias de Pesquisa

De acordo com Matus (1996, p15),

[...] quando se trata de interesses diferentes na aparência, a avaliação situacional dos atores é deformada por várias causas que turvam o horizonte de cooperação, dentre elas a limitação do modelo teórico que serve de base à leitura da realidade [...]

Dessa forma, identifica-se a formação de dois grupos de atores, o horizonte de cooperação não é evidente e a leitura da realidade parece limitada pelo modelo teórico. Contudo, no interior destes dois grupos, há estratégias de cooperação e reforço.

Revisitar os conceitos de estratégias de cooperação e confronto propostos por Carlos Matus abriu a possibilidade de analisar o reposicionamento do conjunto dos atores identificados no primeiro momento da pesquisa (Tabela 1). No decorrer

do período estudado, os atores se aproximaram e/ou se afastaram deixando mais claros os interesses resultados de suas teorias, métodos, propósitos de governo e expectativa em relação ao papel do Estado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise sanitária foi enfrentada com compreensões distintas da gravidade da doença, das formas de transmissão e meios de proteção individual e coletiva. O consenso entre as instituições públicas com ação no município e a gestão do SUS na esfera estadual foi determinante para garantia de ações de prevenção, pesquisa e assistência.

Atores da esfera pública buscaram legitimação em normas que resultaram de pesquisas enquanto atores da esfera privada legitimaram a metodologia de intervenção (ou de não intervenção) nas sinalizações do governo federal. Corroborase a relevância que as parcerias institucionais ocuparam neste processo, quer seja pela celeridade, pela segurança e pela disponibilidade de pensar e construir juntos alternativas de enfrentamento da pandemia.

Neste sentido, instituições como o Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Estadual (MPE) e Instituições de Ensino Superior foram fundamentais. No que se refere às Instituições de Ensino, sobretudo as públicas, demonstraram sua potencialidade dando respaldo técnico e científico em meio a um período de subfinanciamento e descrença no papel da ciência, sendo protagonista em vários aspectos, especialmente na área da pesquisa.

Havia a necessidade de abertura de leitos no Hospital Regional, fato este que só foi ocorrer com a Pandemia. Há necessidade de pactuar a continuidade e ampliação destes de acordo com as necessidades da região. O município tem o desafio de repactuar compromissos com os pontos da sua rede, precisa fortalecer a inclusão da vigilância em saúde no trabalho das Equipes na atenção básica. O reforço do público a partir do fortalecimento da rede do SUS no território tem potencialidade para dar respostas qualificadas e permanentes. Ainda assim, é fundamental seguir avançando na vacinação, além de definir estratégias de cuidados para os usuários no pós – Covid.

O caso de Santa Maria reafirma a coerência entre a perspectiva política (visão do papel do Estado e atuação de governos) e a escolha de teorias sanitárias e métodos de intervenção. Trata-se também de uma crise institucional, com retorno a modelos mais centralizados, com reforço do hospital como local para tratamento e da campanha como modelo de organização das ações coletivas, especialmente as

vacinas. A análise da complexidade deste momento dá pistas para uma inserção mais qualificada na luta pela institucionalidade do SUS.

REFERÊNCIAS

ABREU ELAG; SERRATE PCF; Respuestas desde la salud pública a la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. **Debate. Revista Cubana de Salud Pública.** 2020;46(Supl. especial):e2568.

AUNG MN, et al. Community responses to COVID-19 pandemic first wave containment measures: a multinational study. **J Infect Dev Ctries.** 2021 Aug 31;15(8):1107-1116. Disponível em: doi: 10.3855/jidc.15254.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**, In. Notas de políticas públicas - Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. 2018. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990b.

BRASIL. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOS, GWS. **Perplexidades de um sanitarista em plena pandemia.** Portal do Envelhecimento e Envelhecer. Junho de 2021.

CAUSEY K, et al. Community responses to COVID-19 pandemic first wave containment measures: a multinational study. **J Infect Dev Ctries.** 2021;15(8):1107-1116.

CONASS. **Planejamento e Gestão.** Org: Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

342p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150763/covid-19-volume2.pdf>

CONCEIÇÃO, M R et al. Covid-19 - um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. spe4, pp. 281-292. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E419>

DAUMAS et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(6):e00104120. Disponível em: 10.1590/0102-311X00104120.

FARIAS, LABG; et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020;15(42):2455. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

GARCIA, LP; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2020, v. 29, n. 2, e2020222. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>

GIOVANELLA, L et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021, v. 19, e00310142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

GLERIANO, J S et al. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery** [online]. 2020, v. 24, n. spe, e20200188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188>.

JARA, O; FALKEMBACH E M F. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Tradução: GRAFÉE, L e PINEVRO, S. Brasília: CONTAG, 2012.

MATUS, C. Chipanzé, Maquiavel e Ghandi. Estratégias Políticas. Tradução :SAUVEUR, G.B. São Paulo: Fundap, 1996

MEDINA et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(8):e00149720. Disponível em: 10.1590/0102-311X00149720.

MENDES, E V. **O lado oculto de uma pandemia**: A terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à Covid-19**. Recomendações para a Região Europa da MOS. Seminário de políticas. 1º de abril de 2020.

PASSOS, E.; BARROS, R. D. B. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PERSON O C, et al. O que se sabe sobre a eficácia do distanciamento social, lockdown e uso de máscaras faciais para COVID-19? Scoping review. **Diagn Tratamento**. 2021;26(3):130-6.

SEIXAS, C T et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2021, v. 25, suppl 1, e200379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>

SOUZA, S.S et al. Influence of basic care coverage on coping with COVID-19/ Influencia del cuidado básico de salud en el afrontamiento del COVID-19. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994>

TEIXEIRA, MG et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2020, v. 29, n. 4, e2020494. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>

TESTA, M. *Pensar em Saúde* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. **Pensar en salud**. 1 ed, Remedios de Escalada: De la Universidad Nacional de Lanús, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/9789874937650>

UFSM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.