



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GABRIELA VASCONCELOS FARIAS

**A produção de cuidado nos territórios em tempos de pandemia: os desafios para a Saúde Coletiva em contexto sanitário crítico.**

Brasília - DF

2021

GABRIELA VASCONCELOS FARIAS

**A produção de cuidado nos territórios em tempos de pandemia: os desafios para a Saúde Coletiva em contexto sanitário crítico.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Professor Orientador: Titulação, Claudia Mara Pedrosa

Brasília – DF

2021

GABRIELA VASCONCELOS FARIAS

**A produção de cuidado nos territórios em tempos de pandemia: os desafios para a Saúde Coletiva em contexto sanitário crítico.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Dra. Dais Gonçalves Rocha

Membro interno

---

Titulação, Claudia Mara Pedrosa

Orientadora

Aprovado em:

Brasília, de Novembro de 2021

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à minha mãe e ao meu pai, que em todos os momentos difíceis e de falta de clareza me trouxeram de volta à realidade, sempre repetindo que eu era capaz.

Agradeço a minha família que me deu todo apoio emocional e técnico para que eu fosse capaz de entrar em uma universidade pública e realizar meu sonho. Agradeço aos meus tios e tias, minha madrinha e padrinho, que sempre se orgulharam da minha trajetória.

Agradeço ao meu irmão de coração, Thiago Vasconcelos, que me ajudou a escolher o curso que mudaria o meu jeito de enxergar o mundo.

Agradeço aos meus amigos que deixaram toda trajetória universitária mais leve e feliz, em especial minha amiga Rafaela Collen, que caminhou junto comigo na construção do aprendizado acadêmico e de vida.

Agradeço à minha orientadora, Cláudia Pedrosa, que foi sempre tão gentil e que acreditou no meu potencial antes mesmo que eu acreditasse, e que me deu suporte e apoio mesmo sem saber das dificuldades pessoais enfrentadas.

E a mim. Que eu possa ler esse trabalho em um futuro próximo e lembrar que mesmo quando achei que não era capaz, consegui superar todos os meus desafios e medos e entregar algo em que eu me orgulhasse.

“Você não pode voltar atrás e mudar o começo. Mas pode começar de onde está e mudar o final” (C. S. LEWIS)

## RESUMO

O campo científico da Saúde Coletiva surge com a proposição de produzir saberes e conhecimentos acerca da saúde, de ângulos e práticas diferentes e suas ações são realizadas por meio de instituições e agentes diversos, com atuação intersetorial para além dos equipamentos de saúde. Com a pandemia de COVID 19, uma nova realidade se apresentou ao campo da Saúde Coletiva, que, dado sua compreensão ampliada da saúde, trouxe para o enfrentamento desse cenário, a necessidade de planejar e agir de modo integrado e intersetorial. A presente pesquisa teve como objetivo analisar como interlocutores da Saúde Coletiva – pesquisadores, profissionais, usuários e entidades associativas e da sociedade civil a partir da ocorrência da pandemia, estão repensando e propondo ações da Saúde Coletiva no Brasil. A pesquisa utilizou na metodologia a revisão de literatura e análise de material de domínio público compartilhado na rede de alcance mundial (world wide web) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), no período de Março de 2020 até Março de 2021. O colóquio virtual intitulado *"O campo da Promoção da Saúde tem algo a dizer para a atual pandemia da Covid-19 e vice-versa?"* foi selecionado para análise onde foram identificadas as categorias analíticas, que foram transcritas para um mapa de associação de ideias. Os resultados do trabalho evidenciaram que as proposições da Saúde Coletiva no Brasil para o pós pandemia estão articuladas com diversas áreas, que são direta ou indiretamente relacionadas ao cuidado das populações e possibilitam a compreensão que, para cenários sanitários críticos a construção do conhecimento e do cuidado devem estar pautados no reconhecimento das especificidades dos territórios e comunidades, fortalecendo a lógica da autonomia dos sujeitos e de um projeto emancipatório de cuidado, que produza saúde para além do biológico, integrando direitos e cidadania. Foi possível compreender, pelos interlocutores da Saúde Coletiva, que os novos arranjos para a qualificação da atenção e ampliação do cuidado à população, devem reconhecer as desigualdades sociais como marcadores sociais estruturais que demandam ações prioritárias; que pautem a intersetorialidade como eixo estratégico para organização deste cuidado e que direcionam seu planejamento para que a gestão integrada das ações possibilite sistemas e serviços de saúde mais potentes para esse momento de crise sanitária. A presente pesquisa espera contribuir para que essas reflexões, sobre as proposições no campo da Promoção da Saúde, ratifique no processo formativo da graduação em saúde coletiva a importância da indissociabilidade entre política de saúde e política públicas de outros setores, da gestão e da atenção e, da produção de saúde da produção de autonomia dos sujeitos. O/a bacharel em saúde coletiva são atores chaves para o avanço e consolidação da promoção da saúde, e ~~que~~ precisam ocupar os novos espaços para reinventar a saúde e (re)existir os sujeitos.

Palavras chave: Intersetorialidade.Promoção da Saúde. Pandemia, COVID-19.

## SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	10
<u>1.1</u> O INÍCIO DA IDEIA DE PREVENÇÃO	10
<u>1.2</u> O CONCEITO DE SAÚDE COLETIVA	13
<u>1.3</u> A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL	14
<u>1.4</u> CONTEXTO SANITÁRIO CRÍTICO E A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS	16
2.0 METODOLOGIA	18
3.0 RESULTADOS	19
3.1 AS DESIGUALDADES SOCIAIS NA CENTRALIDADE DO CUIDADO	19
3.2 A INTERSETORIALIDADE	24
3.3 SUSTENTABILIDADE	
4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

## INTRODUÇÃO

### 1.1 O INÍCIO DA IDEIA DE PREVENÇÃO

Antes de conceituar o termo saúde coletiva e as suas possíveis interpretações, é preciso percorrer brevemente a construção desse campo. Segundo Paim e Almeida Filho (1998), na década de 40, se iniciou uma crise na medicina dos Estados Unidos, essa crise se baseava na especialização, verticalização e fragmentação do cuidado. A medicina tradicional passou a ser alvo de críticas pela sua fragmentação, onde a doença era o centro do estudo e o “ser social” não era enfatizado no cuidado, gerando assim, baixa resolutividade com altos custos. As proposições para a mudança surgiram por este fato, as práticas médicas tinham custos maiores do que os orçamentados, e como parte da busca por respostas a essa situação, surgiu a necessidade de trabalhar com a ideia de prevenção.

A prevenção nasce com a Promoção de Saúde, em torno de 1945 no Canadá, onde a expressão foi usada pela primeira vez por Henry Sigerist (PEREIRA et. Al, 2000) e está relacionada a vigilância à saúde, ao ato de realizar ações preventivas que evitem o adoecimento da população. A Promoção considera além da doença e a relaciona com os fatores físicos e sociais que se tornam determinantes de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Inicialmente a prevenção foi compreendida apenas como uma mudança individual, nos estilos de vida, hábitos e vícios da população, porém, mesmo com resultados positivos, toda a responsabilidade das ações contra as possíveis enfermidades recaia sobre os indivíduos. (BUSS; FERREIRA, 2001). A pobreza, a falta de estrutura nos empregos, a falta de saneamento básico e a poluição desempenharam um papel determinante nos problemas de saúde e nas epidemias de doenças crônicas e agudas, e não podem ser isoladas, assim, a promoção de saúde traz a correlação do ambiente e o contexto em que se insere a população e as evidências que as ações individuais pouco teriam avanço no resultado geral (LABONTE, 1996).

Depois da " Primeira Conferência Nacional de Saúde" em 1981, no Canadá, se introduziu a ideia do contexto social como determinante de saúde, também se admitiu que a mudança dos estilos de vida e fatores de risco como a má alimentação, uso de psicoativos, sedentarismo, entre outros, decorrem da classe social e do poder socioeconômico. A promoção da saúde entra nesse cenário estendendo a ideia de prevenção como orientações centradas nos fatores sociais e ambientais (BUSS; FERREIRA, 2001). As Conferências Internacionais realizadas, em especial as de Ottawa e Bogotá, preconizavam o desenvolvimento de sistemas flexíveis



que tinham como princípio a participação social ativa e a garantia do acesso universal à saúde. Como disposto na Carta de Ottawa:

"Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar" (BRASIL, 2001, p.40).

Em resumo, a prevenção em saúde exige uma ação antecipada baseada no estudo do contexto social e epidemiológico a fim de diminuir os riscos de progressão de doenças e riscos à saúde. Ações de prevenção são aquelas que buscam evitar o surgimento de doenças, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença, mas servem para aumentar o bem-estar geral, através de educação em saúde e informações científicas para mudança e controle de hábitos, agindo de acordo com o espaço social atuante.

A prevenção foi inserida gradualmente no ensino médico, mas ainda incorporada no currículo de ensino de forma vaga, visando diminuir os custos médicos e obter melhorias nas condições de saúde da população. Contavam também um possível crescimento econômico - um modelo de Saúde Pública desenvolvimentista - onde se considera que com a população mais "saudável" se teria então mais mão de obra para o trabalho (NUNES, 1994). O autor Foucault (1979) destaca na história da medicina o quanto a relação do interesse capitalista se manifestou no controle dos corpos como estratégia biopolítica, ele destaca que "[...] Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica" (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Na V Assembleia Mundial de Saúde, recém inserida após a criação da OMS, em 1952, Edward A. destaca que: "A pobreza é a causa da enfermidade e a enfermidade origina maior pobreza em um círculo vicioso. Por conseguinte, a saúde pública é um problema que está relacionado intimamente com o progresso econômico e social que se alcança em uma coletividade" (WINSLOW, 1955, p.110). Nesse período as necessidades de formulação de políticas públicas de saúde se viam em torno da criação de uma estratégia de contenção do "ciclo vicioso", onde a pobreza produz doença e a doença produz pobreza, a ação para a modificação dessa situação só seria efetivada por intermédio do progresso econômico (REIS, 2015).

Esse pensamento se uniu aos defensores da ideia de que uma estrutura moderna só surgiria com a introdução de uma educação sanitária, uma moderna infraestrutura de saúde, conhecimentos profissionais e técnicos e então, poderiam juntos "aumentar o nível de produtividade do trabalho, vencer a pobreza e conquistar o desenvolvimento." (Campos, 2006, p. 262). A ideia de que o desenvolvimento com prosperidade econômica e social colocaria em ascensão as condições gerais de saúde da população, acarreta investimentos excessivos na saúde que sozinhos não trariam o resultado esperado no âmbito sanitário, mesmo que ações médicas e estruturas hospitalares sejam importantes e indispensáveis, sem o devido apoio social e sanitário o país não se desenvolveria em seu progresso (REIS, 2015).

Ainda no movimento que se fortalecia contra a fragmentação causada pela medicina especializada, surgiu uma busca pela reconstrução do ser bio-psico-social, chamada de Medicina Preventiva, entretanto, a visão dessa medicina tinha como objeto de mudança o “papel do médico”, que era considerado como o único recurso passível a transformação da forma de prestar assistência (OSMO, SCHRAIBER, 2015). O que ocorreu neste período (segunda metade da década de 50) foi a inclusão de disciplinas associadas a epidemiologia, administração de serviços de saúde e bioestatística dentro das disciplinas do curso de medicina. O objetivo dessa ação era criticar o ensino centrado no hospital e ao introduzir esses novos conhecimentos para conseguir uma visão mais ampliada do indivíduo, vendo além do biológico e do físico (NUNES, 1994, p.7).

Quando a medicina preventiva foi incorporada no fazer médico, surgiu a medicina social. Em 1974 a Organização Panamericana da Saúde cita a medicina social como campo de práticas e conhecimentos que relacionam o estudo de saúde com o estudo de sociedade e à interpretação dos problemas de saúde, para que ocorra a prática médica necessária (OPS, 1976; NUNES, 1994). A Medicina Social defendia a valorização do social como determinante de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da saúde (OSMO, SCHRAIBER, 2015). Apoiada na crítica à medicina fragmentada, com altos custos e poucos resultados, discutia-se qual a extensão da cobertura dos serviços de saúde e se atingiam ou não toda a população. (AROUCA, 2003, p.150)

## **1.2 O CONCEITO DE SAÚDE COLETIVA**

Com a discussão da noção de cuidado além do físico, enfatizando o social e o ambiente e a crítica à biologização do ensino - que ainda pautava apenas as práticas individuais, começou a

tomar força a busca pelo cuidado com uma visão completa do indivíduo (NUNES, 1994). A formação de conceitos vindos da sociologia e antropologia são inseridos no campo da formação, além do científico médico e de dados demográficos. Como diz Frenk (1992) ao tentar conceituar a Saúde Coletiva antes de sua "criação", ele considera o surgimento de uma "nova saúde pública", baseadas em práticas biológicas, sociais e comunitárias, surgindo, então, um tipo distinto de investigação até então conhecida, onde se distinguia níveis de atuação individual e sub-individual, onde se iniciava uma análise das condições (pesquisa epidemiológica) e as respostas sociais frente aos problemas sanitários e de saúde.

Foi com a construção de estratégias preventivas, da necessidade de combater epidemias e endemias, da análise minuciosa do espaço público urbano que a saúde pública tomou forma. Mas, a saúde coletiva se constituiu através de uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, a base desse pensamento coloca a problemática de que a saúde é muito mais complexa do que a definida pela medicina (BIRMAN, 1991). As relações culturais do sujeito com seu redor estão cheias de linguagens, códigos e ricas em histórias, retirar do ser social a perspectiva cultural empobrece a análise das entrelinhas do ser humano que vai além do paciente, por isso, torna-se necessário repensar o modelo médico. Como cita Birman "O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede a sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos" (1991, p.9)

Seguindo o pensamento de Birman, um dos efeitos da saúde coletiva é reestruturar a saúde pública, atribuindo valores ao patológico, negando alguns discursos biológicos, tendo como marca do campo a multidisciplinaridade, com diversos discursos teóricos que não possuem perspectiva hierárquica. Cada discurso tem o seu local dentro do campo e possuem uma relação hegemônica, sem priorizar ou menosprezar qualquer que seja a área.

O campo científico da saúde coletiva produz saberes e conhecimentos acerca da saúde, denominada aqui como seu "objeto", é vista de ângulos e práticas diferentes, suas ações são realizadas por meio de instituições e agentes diversos, onde podem atuar em setores que não são convencionais e até mesmo fora do âmbito específico da saúde (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998). Um exemplo disso são as ações realizadas por professores e profissionais da saúde dentro das escolas, buscando a promoção e a educação em saúde para a comunidade escolar.

Perpassando algumas décadas de desenvolvimento social e comunitário em países da América Latina, no Brasil, a Saúde Coletiva teve seu surgimento em um país que estava vivendo em um regime autoritário, surgindo junto com a reforma social na luta contra a ditadura brasileira (SCHRAIBER, 2008).

### **1.3 A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL**

Desde os primeiros estudos sobre Saúde Pública e seus diversos vetores, até o início dos estudos que nomearam as lutas da reforma sanitária e o movimento a favor da saúde pública de qualidade e gratuita como "Saúde coletiva", se perguntavam se o termo se encaixava em apenas uma "área" da saúde, um campo de estudos ou apenas um espaço social. Essa discussão foi relatada por autores como SCHRAIBER, OSMO (2015), que buscaram por uma clareza sobre o "todo" da Saúde Coletiva, buscando a superação da fragmentação que existe ao tentar denominar esses estudos.

Essa dificuldade em definir esse campo está nas grandes possibilidades existentes que transbordam os limites disciplinares presentes, procedentes dos conhecimentos em áreas teóricas e conceituais específicas, tais como, as ciências biológicas, sociais, matemáticas, epidemiológicas e das humanidades (PAIM, 2006), todos esses campos de estudos perpassam pelos objetivos da composição da Saúde Coletiva, já que ela surge justamente para compor a necessidade de criação de uma visão mais ampla que percorre todos esses campos e se une a necessidade de inserir a população nas discussões sociais, tirando o foco apenas das organizações.

Em outros países, algo pautado como a Medicina Social já se colocava em ascensão, "medicina urbana" como era chamada na Inglaterra e "medicina da força do trabalho" na França. Foi o início de um pensamento de saúde como algo não individual, que afetava a todos, mas era visto e praticado apenas com ações sanitárias isoladas.

"O estudo da morbidade, do controle, da normalização da prática e saber médicos, do controle dos espaços e instituições urbanas e da circulação dos elementos (água e ar), do controle dos pobres e depois dos trabalhadores, para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos, marcaram em suas origens a medicina social europeia, refletiram-se na organização das

práticas sociais e coletivas de saúde e se expressaram na higiene social, na salubridade, na saúde pública de muitos países." (NUNES, 2005, p.16)

Já no Brasil, no período de 1870 até 1930 houve uma luta ativa pela universalização da atenção médica de qualidade científica e clínica (BIRMAN, 1991). Logo, a saúde pública higienista se inicia com alguns empreendimentos e se colocam em ação no controle de endemias e epidemias.

O Termo Saúde Coletiva começou a ser de fato usado no Brasil em 1979, quando os conceitos de saúde pública, medicina social e preventiva se fundaram em um único campo científico (CAMPOS, 2000), o seu marco conceitual se baseava em alguns pressupostos. Como pôr exemplo, seu objeto era construído a partir da investigação dos determinantes sociais das doenças e da organização dos serviços de saúde, onde a historicidade dessas práticas sociais fazia parte de uma leitura histórica do contexto, por isso, a interdisciplinaridade era importante na construção do planejamento das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação), já que a depender dos grupos sociais, essas práticas teriam mudanças significativas para alcançar melhor efetividade (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998). Para deixar mais claro quais são as práticas da saúde coletiva como campo científico Paim e Almeida Filho as definem da seguinte forma:

"(...) a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. (p.309)"

Cronologicamente a história da área da saúde coletiva também tem seu início no I Encontro Nacional de Pós graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia, em 1978 e na Reunião sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto; seus objetivos eram redefinir a formação de profissionais para o campo da saúde, surgiu então como necessidade a criação de um órgão ou instituição que pudesse reunir os interesses das instituições formadoras, em um momento em que fazia falta alguma associação que pudesse juntamente com os profissionais tecer orientações no âmbito da saúde (NUNES, 1994). Então

em dezembro de 1979 é criada a ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, com o objetivo de gerar uma análise crítica do setor da saúde a depender de onde está inserido, podendo ser pertinente no campo da docência, pesquisa ou prestação de serviço, sempre tentando equilibrar o "tecnicismo" e o "biologismo" com as áreas das ciências sociais, não tendo enfoque apenas no operacional e trabalhando com o saber e a prática (ABRASCO, 1982), como disse Nunes (1994) a Saúde Coletiva é uma corrente de pensamento, um movimento social, um campo do saber e da ação, que possibilita planejar ações macros de saúde em situações complexas, como a pandemia da COVID19, em curso no mundo.

#### **1.4 CONTEXTO SANITÁRIO CRÍTICO E A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS**

O ano de 2019 trouxe para o cenário mundial um novo desafio no campo da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) emite em 31 de dezembro de 2019, um primeiro alerta, com informações que as autoridades chinesas apontaram uma série de casos de pneumonia, até então de origem desconhecida, na cidade de Wuhan. Cerca de dez dias depois, em 9 de Janeiro de 2020, a análise sequencial do código genético apontou que os casos de pneumonia se deviam a um novo tipo de coronavírus, com transmissão humana e propagação pelo ar. A COVID-19, como foi nomeada, se revelou de rápida disseminação mundial, levando rapidamente a uma emergência de saúde pública de interesse internacional anunciada pela OMS. Aos poucos, todos os países do globo foram anunciando casos isolados do novo coronavírus. Dia 26 de Fevereiro o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso no Brasil, o primeiro óbito no país ocorreu dia 12 de março. Em seguida, a Organização Mundial da Saúde declarou oficialmente uma pandemia, em razão dos níveis alarmantes de propagação no globo, alguns países já alertavam quarentena e "lockdown" para tentar conter a disseminação.

No Brasil, em março, o governo declarou transmissão comunitária em todo o país. A transmissão comunitária é uma modalidade de circulação na qual as autoridades de saúde não conseguem mais rastrear o primeiro paciente que originou as cadeias de infecção, ou quando esta já envolve mais de cinco gerações de pessoas (AGÊNCIA BRASIL, 2020). Foram necessárias medidas sanitárias para conter a transmissão, o governo dos Estados e Municípios de todo o país publicaram diversas portarias com medidas de proteção individual e coletiva, como por exemplo, o fechamento de escolas, serviços e comércios alegados como "não essenciais", o uso de máscara de proteção em lugares públicos e privados, distanciamento social e indicações de higiene pessoal, como o uso de álcool em gel e a maneira correta de se lavar as mãos.

Com a pandemia de COVID 19, uma nova realidade se apresentou ao campo da Saúde Coletiva, que, dado sua compreensão ampliada da saúde, trouxe para o campo de enfrentamento a necessidade de planejar e agir de modo integrado e intersetorial. Diante desse desafio, o **objetivo** da presente pesquisa foi analisar como interlocutores da Saúde Coletiva – pesquisadores, profissionais, usuários e entidades associativas e da sociedade civil a partir da ocorrência da pandemia, estão repensando e propondo ações da Saúde Coletiva para esse momento sanitário no Brasil.

## 2. METODOLOGIA

A pesquisa utilizou na metodologia a revisão de literatura e análise de material de domínio público compartilhado na rede de alcance mundial (world wide web) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Rede Unida. Foram selecionados vídeos publicados entre Março de 2020 até Março de 2021, limitando somente à informações relacionadas ao debate sobre a saúde no Brasil, no canal do youtube oficial da Abrasco, especificamente da playlist: Àgora Abrasco. Os descritores selecionados para selecionar as lives foram “impacto da pandemia na Saúde Coletiva”; "papel do SUS na pandemia”; “Atenção Primária e os impactos da pandemia”.

Para análise dos dados foram selecionados inicialmente 3 colóquios, que foram assistidos na íntegra e submetidos a uma pré-análise, onde foram buscadas as categorias analíticas do objeto da pesquisa "Proposições para a Saúde Coletiva no Brasil para o pós pandemia”. Após a seleção dos trechos, as categorias foram transcritas, para um mapa de associação de ideias/dialógico (SPINK et al, 2014), destacando o dia do relato, o/a interlocutor/a e a descrição da proposição como uma categoria analítica.

O mapa de associações de ideias, também nomeado como mapa dialógico, é um instrumento a ser usado na análise e ajuda na aproximação dos materiais que são usados para as pesquisas, organizando o discurso e norteando a discussão (SPINK et al, 2014, p.248). O mapa de associação de ideias, teve os seguintes temas definidos a partir dos objetivos da pesquisa: objetos, primeiras associações, explicações das associações e qualificadores, podendo ser adaptado de acordo com o tipo de material analisado ou tipo de pesquisa. (SPINK et al, 2014, p.260)

Após essa etapa, optou-se por selecionar o colóquio virtual intitulado *"O campo da Promoção da Saúde tem algo a dizer para a atual pandemia da Covid-19 e vice-versa?"*. O colóquio foi ao ar no dia 8 de jun. de 2020, e contou com os seguintes expositores e expositoras: Samuel Moyses da (ESB/PUC-PR); Regiane Rezende que é Oficial Nacional da Unidade Técnica de Determinantes Sociais da Saúde e Riscos para a Saúde da OPAS/OMS, Marco Akerman da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Abrasco.; Socorro Dias (UVA) e integrante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Abrasco (GTPSDS) e Marta Silva da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A coordenação do evento foi da professora Dais Rocha da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, (FS/UnB) e também integrante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Abrasco

O colóquio foi analisado da perspectiva discursiva dialogando com autores do campo da saúde coletiva.



### **3. RESULTADOS**

A Saúde Coletiva como campo ampliado de cuidado à saúde vem durante a crise sanitária, no Brasil, reinsserir no campo de debate a importância dos valores e princípios da promoção da saúde para o planejamento e gestão das políticas públicas de saúde. O contexto social em que se encontrava o país no início da crise de saúde se agravou, e esses contextos, como classe social, profissões, ocupações e acesso ao saneamento básico, passaram a definir cada vez mais a mortalidade pelo novo coronavírus. No debate analisado foram destacados pontos elementares como a continuidade e fortalecimento da promoção da saúde neste cenário dada a grande importância para a contenção da propagação do vírus, medidas de proteção sociais, econômicas e intersetoriais para além do campo da saúde.

Serão apresentados a seguir, os elementos identificados na live da ABRASCO "O campo da Promoção da Saúde tem algo a dizer para a atual pandemia da Covid-19 e vice-versa?", onde os/as interlocutores/as da Saúde Coletiva, discutiram e debateram ações da Saúde Coletiva para esse momento sanitário, que foram sistematizados nas categorias abaixo.

#### **3.1. As desigualdades sociais na centralidade do cuidado**

As desigualdades podem ser definidas como diferenças existentes dentro de subgrupos (nível econômico, social, escolaridade, sexo) de uma população. O que se difere de iniquidades, que são diferenças/desigualdades consideradas injustas a partir de um juízo de valor. Para que ocorra o combate às iniquidades no âmbito das políticas públicas de saúde, é necessário que exista um estudo sobre as desigualdades existentes nos subgrupos populacionais. (SILVA et al, 2018)

O reconhecimento, entre os debatedores, que as desigualdades sociais são marcadores sociais estruturais e com forte influência na saúde foram pautados no debate, lembrando que a Saúde Coletiva sempre incorporou a necessidade de focar as desigualdades sociais, rompendo a lógica que existe uma esfera da saúde e uma esfera social e que em contexto sanitário crítico, foi perceptível, desde os primeiros momentos a necessidade de intervenção do Estado para regular as relações sociais e formular políticas sociais e de dimensão pública. Esse ponto também foi abordado em artigo de MENDONÇA et al (2020) destacando a

emergência da implementação de medidas sanitárias, como as primeiras ações tomadas por órgãos públicos para conter a propagação do vírus da COVID-19.

No debate Regiane Rezende destacou o plano de preparação da resposta ao enfrentamento da COVID-19, e reconheceu a centralidade das desigualdades sociais no cuidado:

"Falando um pouco sobre o plano de preparação e resposta, se nós olharmos, esse plano reconhece essa exacerbação das iniquidades, ele reconhece o impacto físico e ambiental, ele reconhece o quanto esse impacto vai ser desproporcionalmente mais forte nas populações mais pobres e maior situação de vulnerabilidade, reconhece que vai existir um impacto no desenvolvimento, reconhece que esse impacto inclui fome, má nutrição, violência, a interrupção do cuidado de pessoas idosas, reafirma o direito humano como um direito universal sem discriminação [...] e ele recomenda a intersetorialidade, governança e precisa ter um cuidado para não ter a interrupção de serviços ." (00:34)

Os debatedores foram consonantes aos desafios encontrados, pois as ações da saúde possibilitam ampliar o olhar do conjunto de populações que são afetadas mais drasticamente em relação a outros cortes sociais, pela tamanha desigualdade demográfica e social, com populações vivendo em condições frágeis com falta de saneamento e em situação de aglomeração constante (Barreto et.al, 2020).

Para Samuel Jorge a pandemia explicitou a situação social crítica. como destaca abaixo:

"A pandemia trouxe pra gente, infelizmente, a propagação dessa questão da iniquidade que atinge desproporcionalmente, em termos de morbimortalidade, essas populações vulnerabilizadas [...] como profissões uberizadas, desemprego, trabalho autônomo, empregadas domésticas, profissionais da linha de frente" (Samuel Jorge Moysés, ESB/PUCPR, 00:59)

A criação de ações de prevenção e atenção dessas populações vulnerabilizadas é recorrente no campo da promoção da saúde, mas as medidas sanitárias neste contexto vulnerável devem ser orientadas em conformidade com o conhecimento pré-estabelecido pelo Estado, de acordo com o território, o contexto e do acesso disponível, para que exista um suporte e acompanhamento eficaz (MENDONÇA et al, 2020). Como mostrado na fala transcrita, as populações vulnerabilizadas não podem parar de trabalhar e se colocar em isolamento social para evitar o contágio. O "home office" não chega a ser uma opção para quem trabalha nas

ruas, como motoristas de aplicativo e ônibus ou com serviços de limpeza, por exemplo. Essas profissões citadas sempre sofreram maior risco social, mas isso é evidenciado ao longo dos meses da Pandemia. Uma pesquisa divulgada pelo EL PAÍS pelo estúdio de inteligência de dados Lagom Data, com base em informações do Ministério da Economia, aponta que, por exemplo, motoristas de ônibus tiveram 62% mais mortes, ao comparar janeiro de 2020 com janeiro de 2021.

"A pobreza se aprofunda, a classe social mais do que a idade definem a mortalidade, profissões e ocupações que se apresentam como mais vulneráveis [...] Aumento do consumo de álcool, sedentarismo, ansiedade" (Samuel Jorge Moysés)

O olhar para os determinantes de saúde, neste cenário, reafirmam que ele se dá para além de aspectos físicos ou fisiológicos, e, especialmente na pandemia da COVID-19, marcadores correlacionados com a alta mortalidade, como a idade elevada, a presença de doenças crônicas, obesidade, doenças respiratórias, são destacados pela medicina como característica a serem levadas em conta no planejamento em saúde. Esses apontamentos destacam a importância da Saúde Coletiva para a questão, que vai além do campo biológico e envolve a expertise da área para a análise territorial e epidemiológica em busca desses determinantes sociais, que ao longo dos meses da pandemia foram se mostrando mais importantes na explicação da morbimortalidade. Quais são as populações que estão sendo internadas e entubadas por conta de suas comorbidades e se há ou não outros determinantes nesta causa, essas são algumas das várias questões que precisam ser estudadas para a criação de políticas de enfrentamento ao coronavírus, para que as formas mais graves da doença possam ser evitadas e/ou tratadas da maneira correta.

No âmbito da análise territorial a questão socioambiental se insere como temática que a Promoção da Saúde destaca como necessária para a integração dos cuidados, como destaca Samuel Jorge na live:

"Minha segunda escolha cai sobre iniquidades sociais refletidas na saúde humana. Por que são temas interligados, a questão socioambiental sempre caminha junto com interfluências. A Promoção da Saúde vem se interessando por questões ligadas ao ambiente social, ao ambiente construído, ao espaço humano que agora parece tão desumanizado[...] O ser humano é que cria cultura e civilização, nós

somos construtores criadores da política, da economia, da religião, da filosofia [...] e nesse largo espectro dessa criação tem dois pólos o "do bem" e o do "mal". [...] E contra essas presenças de barbáries, a promoção da saúde vem, aprendendo, mas, apresentando respostas como propagação e produção da cultura da paz e do bem estar coletivo, familiar e individual. O apreço pelo macro e pelo micro, o respeito à diversidade e a todas as formas de vida.” (Samuel Jorge Moysés)

Moysés detalha ainda, outro ponto importante, que é a sociedade atual que desumaniza os processos de vivência e coloca em prática diversos tipos de preconceitos, sejam eles físicos, raciais, sociais ou sexuais. Em contrapartida, o papel da promoção da saúde é produzir bem estar coletivo, não apenas relacionado ao biológico, mas também ao psicossocial. No combate à pandemia, essa luta pelos "micros" não deixam de ser importantes, já que essas populações marginalizadas acabam estando mais suscetíveis à exposição ao vírus, e conseqüentemente têm mais chance de infecção e hospitalização.

"O impacto da pandemia será mais forte nas populações mais pobres e reconhece que terá um impacto no desenvolvimento[...]" (Samuel Jorge Moysés)

É fato que no Brasil existe uma hierarquia quando se fala sobre cidadania, nem toda a população tem acesso igualitário aos mesmos recursos, essa desigualdade se repete em vários âmbitos da sociedade (MARINHO et al; 2021), e em momentos como o atual, de emergências de saúde pública, e acesso à políticas de proteção, esse cenário crítico se repete, ferindo diretamente alguns dos 7 princípios da promoção da saúde - concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. Os debatedores destacaram que o papel da promoção da saúde neste cenário, tem sido buscar oferecer a universalidade dos serviços de atenção à saúde e oferecer cuidado a todos equitativamente, sem disparidades sociais, econômicas ou simbólicas.

"A promoção da saúde tem cuidado disso, não só discutindo, debatendo e apontando caminhos para a nossa tragédia urbana nessa questão de dengue, febre amarela, mas agora também em como a pandemia afeta as "populações específicas."" (Samuel Jorge Moysés)

Do mesmo modo, a fim de promover a saúde, existiu a necessidade da PS de atuar sobre algumas questões sócio-políticas e econômicas, ampliando seu marco referencial e assumindo a valorização de determinantes sócio-econômicos, fomentando transformações culturais (SÍCOLI, NASCIMENTO; 2003), que como citado na fala acima, se encaixa perfeitamente na busca de caminhos de resolução e combate a doenças endêmicas, como a febre amarela e pandêmicas, como o atual coronavírus.

O olhar para as "populações específicas" precisa ser direcionado com foco e ações diferentes aos restante da população, para que o princípio da equidade possa ser colocado em prática, essas populações não possuem as mesmas oportunidades de cuidado que outros grupos privilegiados, como disse Socorro Dias:

"Temos algumas populações que o clamamento pelo isolamento social afetou muito, por exemplo, a população em situação de rua. Houve um esforço coletivo para cuidar desta população. Para conferir abrigo, mesmo quando o abrigo que ele desejava era a rua. Para garantir uma linha de cuidado." ( Socorro Dias)

Essa se mostra apenas uma das várias ações da promoção de saúde durante a pandemia, conferir abrigo para aqueles que buscam a sobrevivência diariamente, onde o coronavírus não passou de mais uma dificuldade diária, esse é seu compromisso com a equidade.

"La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial." (OMS, 1996, p.368)

O grande questionamento colocado por Socorro Dias descreve o principal impasse da Saúde Coletiva neste momento de emergência sanitária: "Em que medida a promoção da saúde, enquanto abordagem, pode guiar alguma estratégia para a superação das desigualdades desnudadas pela pandemia? "

"O risco de acentuação das desigualdades pós pandemia é um fato, entendo que há uma indissociabilidade da saúde e da política. O grande potencial da nossa política nacional de promoção da saúde que precisa ser aprendida, traduzida pro cotidiano dos nossos serviços."

(Socorro Dias).

Ela destaca ainda a importância da PS contribuir para a desnaturalização das desigualdades e com o movimento social promover ações transformadoras com impacto nas comunidades. A desigualdade social existe, mas não é natural, é um produto social e histórico, por isso deve ser desnaturalizada. Mediante o exposto, é visto que o Estado precisa trabalhar em conjunto com o econômico, o político, o social, o meio ambiente e juntos trilhar caminhos, políticas e cuidados que promovam a saúde de forma adequada, sempre pensando nas diferenças sociais e no contraste de acesso da população aos meios de cuidado e prevenção. Deixando claro o papel da intersetorialidade como mediadora da performance da PS, como será discutida na categoria a seguir.

### **3.2 A intersetorialidade como eixo estratégico para organização do cuidado**

Para que as ações de saúde sejam de fato realizadas com exatidão, é necessário que a integralidade, um dos princípios do SUS, esteja sempre em evidência. São esses, conjuntos de ações e serviços de saúde, sejam preventivos, curativos, individuais ou não. A integralidade das ações compõem ações sociais e interações entre os atores e suas práticas, criando um fazer coletivo que transforma o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novas práticas de saúde, que agregam tanto dos profissionais e gestores, quanto dos sujeitos sociais (PINHEIRO, 2009).

As ações da integralidade produzem um modo democrático de fazer saúde, uma relação de compromisso ético-político entre sujeitos reais (PINHEIRO, 2009). Vem daí a necessidade de ações também intersetoriais, que transbordam os níveis de atenção à saúde e chegam a outros serviços, sejam eles sociais, econômicos ou políticos. Para que exista uma gestão bem integrada é preciso que ocorra a intersetorialidade. No debate, Marta Silva retoma essa importância:

" Ações intersetoriais com a Secretaria de Assistência Social. Eles não estavam preparados, então a questão do incentivo financeiro para as famílias que não tem condições ou estão em situação de pobreza, toda essa questão da distribuição desse incentivo do governo federal que não chegou nas famílias mais vulneráveis

[...] pra onde mais precisava não chegou." (Marta Silvia)

A debatedora Marta Silva, cita ainda que no início da pandemia no Brasil, em março de 2020, a Secretaria de Assistência Social de Goiânia, região à qual ela está vinculada, não estava estrategicamente preparada para lidar com a situação de crise que se instaurou mais severamente ao longo dos meses. O maior desafio, neste contexto, eram as pessoas em situação de pobreza ou pobreza extrema, que tiveram que deixar de trabalhar (por conta do lockdown e fechamento dos comércios) e precisavam justamente do incentivo financeiro oferecido pelo governo. O principal impasse nesta situação é que mesmo com políticas de assistência que liberaram certa quantia financeira para o apoio social, nem todas as famílias tinham acesso a esse auxílio, e era então papel da Secretaria de Assistência Social, juntamente com outras instituições e organizações, ir em busca das famílias que mais precisam deste apoio, para a continuidade do cuidado social e em saúde, colocando em prática a intersetorialidade.

"A atual pandemia vem então tanto dentro da intrasetorialidade, da intersetorialidade, da comunicação social, da participação social, do empoderamento, essas articulações estão sendo feitas [...] sabemos que a atual pandemia ela tem mostrado claramente os gargalos no problema do acesso, da equidade, do controle, da própria integralidade. " (Marta Silvia)

A importância de trabalhar a intersetorialidade dentro da saúde vem do resultado da busca pela promoção das condições de vida dos indivíduos e usuários dos serviços. As ações planejadas precisam que os saberes sejam articulados junto com as experiências diversas, para que no fim seja possível um planejamento de intervenção efetivo e que faça sentido dentro do contexto da situação-problema analisada (KNOB et al; 2012). A atual pandemia deixou mais visível quais são os impedimentos de um cuidado pleno, as dificuldades para se conferir a equidade, o controle, o acesso e a própria integralidade, como apresenta Marta. Para que se melhore os processos de trabalho e de planejamento é preciso que haja um compartilhamento de conhecimento entre as áreas e órgãos administrativos (KNOB et al; 2012), visando abordar novos conceitos e buscando o monitoramento das ações já existentes, para a continuidade do cuidado. Para que isso aconteça de forma eficaz, todos os profissionais e órgãos envolvidos precisam estar dispostos a atuar de maneira conjunta evitando, assim, a fragmentação das

estruturas sociais e construindo políticas públicas de qualidade.

A intersetorialidade se baseia na ação conjunta de atores diversos com objetivos em similaridade, logo, a escola não se limita ao ambiente escolar, o serviço de saúde não se limita ao atendimento físico do usuário, a política não se limita ao jurídico, os serviços compõem uma rede de ação social, que ao se articularem entre si identificam com mais qualidade quais as adversidades presentes e quais as melhores intervenções (KNOB et al; 2012).

O processo de execução de um plano de estratégias ao combate de alguma adversidade precisa ser efetuado pelo conjunto de atores e sujeitos envolvidos, logo, gestores, profissionais e a própria população passam a participar do processo de identificar seus problemas para que as soluções se adequem à realidade social. São planos coletivos que se individualizam ao permitir a participação na construção de políticas de enfrentamento, permitindo um resultado mais amplo e consistente. Como Knob (2012) diz: "A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo."

"Você vê no aumento de números de óbitos, óbitos por outras causas, provavelmente por pânico ou medo as pessoas deixavam de sair de suas casas e deixavam de procurar os serviços de saúde. Você consegue observar que no aumento do número de óbitos por covid você também tem o aumento do número de óbitos de outras causas. E a gente começa a pensar em como combater tudo isso dentro de uma lógica de distanciamento. E pensando nisso uma experiência promissora foi a telepsi, a telemedicina, usando o recurso da telessaúde. [...] As pessoas tinham acesso a uma plataforma, um aplicativo, e a partir desse aplicativo a pessoa tinha consultas. Então eu acho que isso foi bem interessante." (Rodrigo Tobias)

A Atenção Básica precisou, desde o início da pandemia, se articular para que o cuidado continuado em saúde não fosse interrompido e usuários que precisavam de acompanhamento profissional continuassem tendo suas necessidades atendidas, seja por telemedicina, monitoramento da situação de saúde ou outras estratégias, são ações da promoção da saúde que permitiram essa continuidade.

É preciso considerar que a relação intersetorial entre saúde, economia, política e cultura são indissociáveis. Algumas discussões surgidas no contexto pandêmico colocam a separação entre "economia" e "saúde" no papel de uma escolha e não como um trabalho conjunto (AKERMAN et al, 2020). A resposta e possíveis soluções para a crise estão em ações que



envolvem políticas de saúde que se relacionam diretamente para evitar um colapso econômico e social. Logo, se a pandemia afeta todas as áreas de uma sociedade, é um papel político construir um movimento dialético e intersetorial, como cita o texto:

"Para que las políticas públicas en el área de la salud tengan el objetivo, no solo de promover la salud poblacional, sino de reducir las inequidades, ellas tendrían que estar fuertemente integradas con otras políticas de protección social" (AKERMAN et al, 2020)

O modo de operacionalização dessas ações de combate ao coronavírus é um eixo complexo que precisa ser visto de forma ampla. Não é papel apenas do Sistema Único de Saúde apoiar e incentivar a promoção e atenção à saúde. É necessário que outras autoridades e atores do Estado trabalhem em articulação com a saúde, formando uma gestão integrada e bem-sucedida, esse desafio foi citado no colóquio pelas apresentadoras:

"A questão é como operacionalizar, que sempre foi o nosso calo, operacionalizar em diferentes instâncias, por que às vezes no território a gente vê acontecer, mas não vemos isso reverberar em outras instâncias. " (Regiane Rezende)

"A APS está ancorada nesse conceito ampliado de saúde, que é complexo mas que é multideterminado. Também está prescrito neste conceito que a APS nos apresenta, estratégias de produção de saúde, do individual para o coletivo. Acionando ferramentas e dispositivos sem abrir mão do papel do estado na concepção do direito à saúde [...] A promoção da saúde já anunciou e ainda anuncia várias estratégias que visam a garantia da saúde, a garantia da vida como direito supremo, a superação de desigualdade. Ampliação de cooperação intra e intersetoriais, inter e intrainstitucional. A defesa da comunicação eficaz e afetiva, o trabalho em rede, a solidariedade [...] entre tantas outras experiências que permitem a recriação e a ampliação do espaço social. " (Socorro Dias)

No tópico acima, foi discutido como o serviço e a academia tem construído o enfrentamento da pandemia na construção da saúde, a Socorro Dias, integrante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Abrasco (GTPSDS), apresenta que na sua visão seria inconcebível realizar uma travessia da pandemia caso o país

não tivesse um sistema de saúde, mesmo com todas as tentativas internas e externas de qualificá-lo. Entre os diversos papéis do SUS e da vigilância em saúde estão os atributos clínicos e projeções comunitárias da APS, para conter a propagação da doença e enfrentar as desigualdades em consonância com as práticas comunitárias e ações coletivas, que devem ser intersetoriais e interinstitucionais (MENDONÇA et al, 2020). Sendo assim, a atenção primária é um lugar estratégico e dialógico para a construção do cuidado, a partir do conhecimento específico das demandas e do território, já que articulam os saberes de profissionais da saúde presentes com os atores sociais locais. Dando lugar de fala para a população que ali se insere, gerando de forma equitativa uma gestão participativa, de imprescindível importância para o alcance de resultados no combate à pandemia.

Não é apenas uma questão epidemiológica ao se conhecer quem está por trás da alta taxa de mortalidade pelo coronavírus ou quem não possui acesso aos serviços de saúde. Os determinantes sociais estão mais uma vez em ênfase nessas questões, todos esses estudos e estimativas precisam ser feitos para que ocorram decisões pautadas com cautela, buscando salvar vidas e garantir a maior assistência possível para todos os que precisam de atendimento.

Mais uma vez, a gestão integrada precisa ser realizada com exatidão, e reconhecer que as repercussões econômicas, sociais e de saúde decorrentes da pandemia serão grandes. Para minimizar esse impacto é necessária uma ampliação substancial dos gastos públicos para garantir a assistência à saúde e apoiar financeiramente as amplas parcelas mais vulneráveis da população (BARRETO et al, 2020).

### 3.3 SUSTENTABILIDADE

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As proposições para a Saúde Coletiva no Brasil, dialogadas no material analisado, destacam a importância da articulação de diversas áreas, que são direta ou indiretamente relacionadas ao cuidado das populações para a organização das práticas nos cenários sanitários críticos. A construção do conhecimento e do cuidado devem estar pautados no reconhecimento das especificidades dos territórios e comunidades, fortalecendo a lógica da autonomia dos

sujeitos e de um projeto emancipatório de cuidado, que produza saúde para além do biológico, integrando direitos e cidadania.

Assim sendo, dentro do contexto sanitário que envolve o COVID-19, as medidas de isolamento apresentadas pelo governo brasileiro podem ser vistas como inadequadas, por colocar uma barreira social e econômica onde os níveis de saúde e cuidado não chegaram, e ainda não chegam, aos mais vulneráveis, como destacou AKERMAN et al (2020). O que foi possível apreender, é que há um consenso entre os debatedores que quando se trata de vários contextos diferentes, uma política de saúde que busca a promoção da saúde a todos precisa ter um olhar ampliado e fazer alterações em suas estratégias, para que sejam universais, e não exclusivas, corroborando as reflexões de AKERMAN et al ( 2020)

Os debatedores destacaram que a promoção da saúde tem como função fortalecer as capacidades individuais e coletivas na busca de estratégias e resolução de problemas que afetam o cotidiano da população local, em contextos sociais e territoriais diferentes (AKERMAN et al, 2020). Uma das estratégias que pode ser observada com atenção é a vigilância popular, as ações comunitárias podem se fazer fortalezas em meio ao abandono governamental na atenção dos cuidados durante a pandemia, Seria uma das formas de dar uma dimensão ativa à vigilância em saúde (MENDONÇA et al, 2020). A participação comunitária na busca de seus direitos, a solidariedade entre as comunidades que se fez presente de diversas maneiras, sejam criando iniciativas e projetos sociais de atenção ou de forma indireta, ajudando ao próximo a alcançar o mínimo de dignidade na busca da sobrevivência. Foram essas ações que durante um período crítico deram autonomia à algumas populações, trabalhando juntos a educação em saúde, promoção à saúde, comunicação e claro, vigilância participativa, ações que juntas formam o fazer saúde.

Assim, foi possível compreender, pelos interlocutores da Saúde Coletiva, que os novos arranjos para a qualificação da atenção e ampliação do cuidado à população, para esse momento sanitário no Brasil devem reconhecer as desigualdades sociais como marcadores sociais estruturais que demandam ações prioritárias; que pautem a intersetorialidade como eixo estratégico para organização deste cuidado e que direcione seu planejamento para que a gestão integrada das ações possibilite sistemas e serviços de saúde mais potentes para esse momento de crise sanitária.

A presente pesquisa espera contribuir para que essas reflexões sobre as proposições no campo da Promoção da Saúde, em tempos de pandemia, ratifiquem no processo formativo da graduação em saúde coletiva, a importância da indissociabilidade entre política de saúde e política públicas de outros setores, da gestão e da atenção e, da produção de saúde da produção de autonomia dos sujeitos. O/a bacharel em saúde coletiva são atores chaves para o avanço e consolidação da promoção da saúde, e que precisam ocupar os novos espaços para reinventar a saúde e (re)existir os sujeitos.

## REFERÊNCIAS

PAIM, Jairnilson Silva.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de saúde pública*, v. 32, p. 299-316, 1998.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo et al. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, p. 91-122, 2003

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. *Atenção primária e promoção da saúde*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde*. Brasília, DF: MS, p. 7-14, 2001.

LABONTE, Ronald. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: *Organización panamericana de la salud. Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS, 1996, p.153-65. (Publicación científica, 557).

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, **Ottawa**. **Carta** de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*, v. 3, p. 5-21, 1994.

FOUCAULT, Michael. (1979). *Microfísica do poder* Rio de Janeiro: Edições Graal.

WINSLOW, Charles-Edward Amory. (1955), *Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana/OMS (Serie de Monografías, n. 7).

REIS, José Roberto Franco. " Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarianismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). *Tempo Social*, v. 27, n. 2, p. 279-304, 2015.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. In: *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. 2006. p. 318-318.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 205-218, 2015.

AROUCA, Antônio Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.

FRENK, J., 1992. La nueva salud pública. In: La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate (Organización Panamericana de la Salud, org.), pp. 75-93, Washington, DC: OPAS. (Publicación Científica, 540)

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 205-218, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 139-153.

NUNES, Everardo Duarte. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. PHYSIS: revista de saúde coletiva, v. 15, p. 13-38, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

VALENTE, Jonas. **Covid-19: governo declara transmissão comunitária em todo o país.** Agência Brasil, Brasília, 20 de Março de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-declara-transmissao-comunitaria-em-todo-o-pais>. Acesso em: 6 de Setembro de 2021.

JANE, Mary; SPINK, Paris, A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO NA PESQUISA SOCIAL :, [s.l.: s.n.], 2014; SPINK, M. J. P. BRIGAGÃO, J. I. M. (ORG.) NASCIMENTO, A produção de informação na pesquisa social: compartilhando Ferramentas.

SOARES, Marcelo. **Mortes entre caixas, frentistas e motoristas de ônibus aumentaram 60% no Brasil no auge da pandemia,** Brasília, 5 de Abril de 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-05/caixas-frentistas-e-motoristas-de-onibus-registram-60-a-mais-de-mortes-no-brasil-em-meio-ao-auge-da-pandemia.html>. Acesso em: 13 de Setembro de 2021.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. Atenção Primária à saúde no contexto Covid-19 no Brasil: um olhar panorâmico da Saúde Coletiva. In Vianna,GS; Ferreira, LP; Castelo Branco, PHVB (org.) - Retratos de Pandemia: vida, sociedade e política em tempos de pandemia. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2021. pg. 158-174.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. IN APS em Revista. Vol. 2, n. 2, p. 162-168 | Junho – 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/124>. Acesso em: 13 de Setembro de 2021.

SPADACIO, Cristiane.; ALVES, Márcia Guimarães Mello. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. IN. APS em Revista. Vol. 2, n. 1, p. 61-65 | Janeiro/Abril – 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/67>. Acesso em: 13 de Setembro de 2021.

BARRETO, Maurício Lima et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. 2020.

NOGUEIRA, Júlia; ROCHA, Dais Gonçalves; AKERMAN, Marco. Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. **Global Health Promotion**, v. 28, n. 1, p. 117-126, 2021.

SOARES, Marcelo. **Recorde de desligamentos por morte**. Lagom Data, São Paulo, Março de 2021. Disponível em: <https://preview.mailerlite.com/i1s7q8> . Acesso em: 6 de Setembro de 2021.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade como Princípio do Direito à saúde. Dicionário da Educação em Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 18 de Outubro de 2021.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade como Princípio do Direito à saúde. Dicionário da Educação em Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 18 de Outubro de 2021.

TV Abrasco. *"O campo da Promoção da Saúde tem algo a dizer para a atual pandemia da Covid-19 e vice-versa?"*. Youtube, 18 de Junho de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=X2PKRIftDX4>. Acesso em: Julho de 2021.

## **Apêndice A – Mapa de Associação de ideias com as categorias analíticas**



