



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS**

ERIKA SAMINA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS): REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ**

**FORTALEZA
2024**

ERIKA SAMINA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS): REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Costa Guerra

FORTALEZA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R612a Rodrigues, Erika Samina.

Avaliação do enfrentamento da COVID-19 pelo sistema único de saúde (SUS) :
repercussões da pandemia nas políticas de saúde no município de Maracanaú / Erika
Samina Rodrigues. – 2024.

105 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias,
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Eliana Costa Guerra.

1. COVID-19. 2. Políticas públicas municipais. 3. Gestão de situação pandêmica. I. Título.

CDD 320.6

ERIKA SAMINA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS): REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em: 29/05/2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Costa Guerra (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Estadual do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Paula Lima Barbosa
Faculdade Ari de Sá (FAS)

Prof. Dr. Carlos Américo Leite Moreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todas as bondades e cuidado comigo.

À minha família pela compreensão e por entender minha ausência em momentos importantes.

À minha orientadora Dra. Eliana Guerra, obrigada pela confiança no meu trabalho, pelo respeito, pelo ensino atemporal, pela compreensão do meu estado atual de saúde e pelos sábios conselhos sempre que a procurei para conversar.

À ilustre banca da minha dissertação composta pelos professores doutores: Alba Maria Pinho de Carvalho, Ana Paula Lima Barbosa e Carlos Américo Leite Moreira - expresso minha profunda gratidão pelo tempo dedicado a esta leitura.

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Apresentamos como objetivo principal avaliar as repercussões da pandemia da COVID-19 nas políticas e ações realizadas pelo Município de Maracanaú. Especificamente, propusemos: (1) caracterizar a Rede de Saúde do SUS no Município de Maracanaú; (2) discutir o plano do Município de Maracanaú, na execução da política pública de saúde no combate ao COVID-19; (3) identificar as potencialidades e fragilidades das ações desenvolvidas no planejamento do Município, para combater a pandemia de COVID-19; e (4) avaliar as principais mudanças decorrentes do enfrentamento da COVID -19 pelo município de Maracanaú no tocante às demandas de saúde e às políticas e ações municipais da área da saúde. A metodologia foi inspirada na avaliação em profundidade, especificamente, na análise do conteúdo e contexto com uma pesquisa bibliográfica e documental que utilizou Legislações e pesquisas acadêmicas que versam sobre a temática. A partir do recorte temporal da pesquisa, 2020-2023, evidenciou-se que, em 2020, Maracanaú, seguiu as recomendações estaduais baseadas em fatos científicos adotando todas medidas à época, sendo registrado o aumento dos casos a partir da 25ª semana com a criação da ala da covid no estacionamento do hospital municipal. Em 2021, o município se concentrou em uma campanha de vacinação o que refletiu em uma queda considerável no número de casos confirmados e óbitos, retomando gradativamente a abertura da vida social. Em 2023, com o fim da pandemia, o município extingue todas as restrições e começa uma série de ações e parcerias com rede particular para os atendimentos suspensos nos anos anteriores. Ao traçarmos um olhar pelo contexto histórico abordado nessa escrita durante os anos de 2020-2023 é possível perceber o decréscimo no número de casos a partir da campanha de vacinação e uma alta adesão por parte da população para a vacinação, principal forma de deter a propagação da COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; Políticas públicas municipais; Gestão de situação pandêmica.

ABSTRACT

This work was developed within the scope of the Professional Master's Degree in Public Policy Assessment (MAPP) at the Federal University of Ceará (UFC). Its main objective was to evaluate the repercussions of the COVID-19 pandemic on the policies and actions carried out by the Municipality of Maracanaú. Specifically, it proposed: (1) characterize the SUS Health Network in the Municipality of Maracanaú; (2) discuss the plan of the Municipality of Maracanaú, in implementing public health policy to combat COVID-19; (3) identify the strengths and weaknesses of the actions developed in the Municipality's planning to combat the COVID-19 pandemic; and (4) evaluate the main changes resulting from the fight against COVID-19 by the municipality of Maracanaú in terms of health demands and municipal health policies and actions. The methodology was inspired by in-depth evaluation, specifically, the analysis of content and context with bibliographic and documentary research that used legislation and academic research that deals with the topic. From the research time frame, 2020-2023, it was evident that, in 2020, Maracanaú followed state recommendations based on scientific facts, adopting all measures at the time. The increase in cases began in the 25th week with the creation of the Covid ward in the parking lot of the municipal hospital. In 2021, the municipality focused on a vaccination campaign, which resulted in a considerable drop in the number of confirmed cases and deaths, gradually resuming the opening of the social visa. In 2023, with the end of the pandemic, the municipality will lift all restrictions and begin a series of actions and partnerships with a private network for services suspended in previous years. When we take a look at the historical context covered in this writing during the years 2020-2023, it is possible to see the decrease in the number of cases following the vaccination campaign and a high level of adherence among the population for vaccination, the main way to stop the spread. of COVID-19.

Keywords: COVID-19; Municipal public policies; Pandemic situation management.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVISA	Áreas de Vigilância à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Ceasa	Central de Abastecimento do Ceará
CF	Constituição Federal
CIRM	Centro Integrado de Reabilitação de Maracanaú
EC	Emenda Constitucional
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência Pública de Importância Nacional
MAPP	Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas
MPCE	Ministério Público do Estado do Ceará
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
NRF	Novo Regime Fiscal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes de Saúde
PGMM	Procuradoria Geral do Município de Maracanaú
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa de Saúde na Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RCL	Receita Corrente Líquida
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

UAB	Unidade de Atendimento Básico
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Esquema de inspiração de avaliação e o percurso metodológico da pesquisa	24
Figura 1	– Mapa de Maracanaú (Relevo e Hidrografia)	42
Figura 2	– Maracanaú na Região Metropolitana	43
Gráfico 1	– PIB Maracanaú (2020)	45
Fotografia 1	– Participantes de Maracanaú da 8 ^a CNS (1986)	47
Gráfico 2	– Taxa de mortalidade em Maracanaú (Unidade: óbitos por mil nascidos vivos)	50
Gráfico 3	– Percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde (2021 - 2023)	52
Quadro 2	– Divisão organizacional das Áreas de Vigilância à Saúde	52
Gráfico 4	– Serviços de Saúde em Maracanaú (2020)	53
Figura 3	– Países, territórios e áreas com casos confirmados relatados de COVID-19 em março de 2020	55
Figura 4	– Evolução espaço-temporal dos casos de Covid-19 no Estado do Ceará (março a junho de 2020)	60
Figura 5	– Coeficiente de detecção de casos de Covid-19 por município e distribuição do número de leitos de UTI-COVID19 no Ceará (2020)	62
Gráfico 5	– Números de casos Suspeitos e Descartados por COVID-19 - Maracanaú/CE - setembro a dezembro de 2020, por semana Epidemiológica	65
Gráfico 6	– Números de casos Confirmados e com Óbitos por Covid-19 - Maracanaú/CE - janeiro a dezembro de 2020, por semana Epidemiológica	67

Gráfico 7	– Números de casos Suspeitos e Descartados por COVID-19 - Maracanaú/CE - janeiro a dezembro de 2021, por semana Epidemiológica	69
Gráfico 8	– Números de casos Confirmados e Óbitos por Covid-19 - Maracanaú/CE - janeiro a dezembro de 2021, por semana Epidemiológica	71
Gráfico 9	– Números de casos Notificados e Descartados por Covid-19 - Maracanaú/CE - janeiro a abril de 2022, por semana Epidemiológica	79
Gráfico 10	– Números de casos confirmados e Óbitos por Covid-19 - Maracanaú/CE - janeiro a abril de 2022, por semana Epidemiológica	80
Gráfico 11	– Números de casos Notificados e Descartados por Covid-19 - Maracanaú/CE - maio a agosto de 2023, por semana Epidemiológica (dados colhidos em 11/05 e 05/09/2023, sujeitos à alteração)	81
Gráfico 12	– Números de casos Confirmados e com Óbitos por Covid-19 - Maracanaú/CE - maio a agosto de 2023, por semana Epidemiológica (dados colhidos em 11/05 e 05/09/2023, sujeitos à alteração)	82
Quadro 3	– Comparaçāo da cobertura vacinal em menores de 01 ano em Maracanaú	90
Quadro 4	– Resumo de vacinação contra Covid-19 no Município de Maracanaú em 2023	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Decretos, Portarias e Leis publicados pela prefeitura de Maracanaú no período de fevereiro/2020 a março/2021 visando o controle da disseminação do novo coronavírus	84
----------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A PERSPECTIVA AVALIATIVA E METODOLÓGICA	18
2.1	A inspiração avaliativa: avaliação em profundidade	18
2.2	Corpus documental de análises	22
3	O SUS E A PERSPECTIVA DE CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE	26
3.1	Breve história da Saúde Pública no Brasil	26
3.2	O SUS e sua importância para a Saúde Pública	29
4	MARACANAÚ SUA HISTÓRIA E SEU SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	42
4.1	Um município próspero em uma região privilegiada pelo desenvolvimento industrial	42
4.2	Da assistência à saúde ao longo da história do município	47
5	A COVID-19: CONTEXTOS E DESAFIOS POSTOS PELA PANDEMIA	55
5.1	Contexto Mundial e Nacional: os desafios postos pela pandemia da Covid-19 e suas especificidades no Brasil	55
5.2	Contexto Estadual e o protagonismo do Governo local	59
5.3	Maracanaú e a Pandemia	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	97

1 INTRODUÇÃO

O envolvimento com a temática “direito à saúde” decorre das atividades de trabalho desenvolvidas como servidora pública efetiva do município de Maracanaú¹, desde 2012, exercendo o cargo de procuradora do município, na Procuradoria Geral do Município de Maracanaú (PGMM), cujas atribuições, dentre outras, consiste em representar judicialmente e extrajudicialmente o município na defesa de seus interesses. Na atuação destacam-se as seguintes atividades: cuidar do planejamento, coordenação, controle e execução das atividades jurídicas de interesse do município representado. Cabe ao Procurador, em particular, lidar com uma quantidade significativa de ações judiciais em nome do município, tendo o requerente como representado pela Defensoria Pública. As demandas principais referem-se a pedidos de suprimento em face de necessidades urgentes relacionadas à saúde que frequentemente refletem carências no sistema público de saúde na solicitação de itens simples como alimentação enteral, fraldas geriátricas e outros produtos médicos.

A PGMM tem sido solicitada com frequência para analisar processos que interpellam a Secretaria Municipal de Saúde, logo, a municipalidade para acesso a medicamentos, próteses, órteses, cadeiras de rodas, camas hospitalares, serviços especializados, alimentação enteral, fraldas geriátricas, kits maternidade, dentre outros. O contato profícuo e continuado com o SUS no município possibilitou-me compreender a complexidade e a importância do SUS para a materialização do direito à saúde, especialmente por pessoas de camadas de mais baixa renda.

Enquanto servidora municipal, com o passar do tempo, inquietou-me o aumento de judicializações na saúde. Esse fenômeno complexo que envolve uma série de questões desde o acesso à saúde, a determinados tratamentos, medicamentos ou serviços de saúde por meio dos canais regulares do sistema público de saúde, geram custos significativos para os cofres públicos devido ao fornecimento de tratamentos ou medicamentos através de decisões judiciais, especialmente quando envolve produtos de alto custo ou procedimentos complexos, podendo sobrecarregar o orçamento destinado à saúde e dificultar o planejamento financeiro a longo prazo e a realização de atendimento com equidade no acesso aos recursos de saúde. De fato, ao garantirem o acesso a determinados tratamentos para os

¹ Segundo o Censo de 2022, o município de Maracanaú possui 234.509 (duzentos e trinta e quatro mil, quinhentos e nove) habitantes.

indivíduos que as solicitam, as decisões judiciais podem privilegiar aqueles que têm recursos para entrar com ações judiciais e que, portanto, têm mais chances de obter tratamentos em detrimento daqueles que não têm acesso ao sistema judiciário.

Categorizando a pasta da saúde, ela é organizada em três eixos principais: (1) Eixo de Diretrizes Estratégicas de Gestão em Saúde; (2) Eixo de Diretrizes Estratégicas da Atenção à Saúde; e (3) Eixo de Diretriz Estratégica da Vigilância em Saúde. Cada um desses eixos é composto por diretrizes transversais que se desdobram em objetivos e metas intercambiáveis, abrangendo os diversos serviços da Secretaria Municipal da Saúde de Maracanaú.

Em Maracanaú, a Atenção Primária da Saúde² (APS) constitui a primeira porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde. A rede APS é orientada para dar acesso, cuidado e continuidade de forma integral aos programas de saúde levando em consideração a pluralidade e complexidade das necessidades dos usuários. No entanto, muitos desafios são encontrados para que seja alcançado um atendimento de qualidade e equidade, a exemplo da necessidade de ampliar e melhorar o atendimento de urgência do Hospital de Maracanaú, construir Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nos principais bairros do município, qualificar os servidores e gestores para um acolhimento aos pacientes e aprimorar programas especializados voltados às necessidades da comunidade atendida.

Diante do exposto, a escolha por abordar o SUS, na minha dissertação de mestrado, decorre do entendimento de que a política pública de saúde constitui a principal forma de inclusão social e uma das mais poderosas ferramentas para a redução da desigualdade no País. A relevância social do tema se reflete na política de inclusão, pois cerca de 91% da população brasileira não possui plano de saúde (Brasil, 2013), apoiando-se unicamente no SUS para tratamentos e atendimentos. Em Maracanaú, aproximadamente, 85% da população acessa os diversos serviços do SUS, compreendendo o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS), o Centro Integrado de Reabilitação de Maracanaú (CIRM), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a UPA, o SOS Maracanaú, o Centro de Especialidades

² Caracteriza-se por um número de Unidades Básicas de Saúde coexistindo com o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente, a rede básica conta com 27 estabelecimentos Unidades de Saúde da Família-USF's e 02 Unidades Básicas de Saúde Indígenas-UBASFi, com 71 equipes de ESF e 02 de saúde indígenas com cobertura potencial de cerca de 230.986 de pessoas.

Odontológicas (CEO Municipal), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), o Centro de Testagem / Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS (CTA/SAE) e os inúmeros exames, consultas e procedimentos que ocorrem no Hospital Municipal João Elísio de Holanda.

Em 2019, a infraestrutura de saúde e os recursos humanos disponíveis em Maracanaú tinham uma oferta razoável de leitos do SUS, com uma taxa de 124,7 leitos por 100 mil habitantes, aumentando nos últimos anos em um ritmo de 2,9 leitos a cada cem mil habitantes, por ano. Em relação aos profissionais, a taxa de enfermeiros por mil habitantes está em 1,1, o que é próximo à média dos municípios cearenses. O aumento dessa taxa, ao longo dos anos, sugere um esforço para fortalecer a equipe de enfermagem para melhorar os cuidados de saúde oferecidos à população. Da mesma forma, a taxa de médicos por mil habitantes é semelhante à média, indicando uma disponibilidade adequada de médicos na cidade (Maracanaú, 2021).

Com a pandemia da Covid-19, todos os serviços tiveram que se reorganizar, o que significou um esforço para os trabalhadores e gestores municipais, com novos desafios no campo da saúde. Naquele período pandêmico, quando foi necessário vivenciar o afastamento social, em muitos momentos, deparei-me com a sensação de impotência, medo, solidão, tédio, tristeza e principalmente angústia. Creio que tais sentimentos afetaram diretamente o cotidiano de todos na época da pandemia da Covid-19. Muita insegurança principalmente pela falta de tratamento adequado ou correto à época.

Diante do exposto, a situação se agravou mais por ter, no maior cargo do País, um presidente negacionista. Enquanto as pessoas ao redor do mundo ficaram em casa durante a pandemia, o presidente reunia grandes multidões que se aglomeravam no seu entorno imediato. A abordagem adotada pelo presidente Jair Bolsonaro em relação à pandemia da Covid-19 foi objeto de intenso debate e crítica, tanto no Brasil quanto internacionalmente. Suas declarações polêmicas e sua postura contrária às medidas de distanciamento social e restrições levantaram dúvidas para a população e geraram ambiguidades na tomada de decisões por parte dos Estados e Municípios. De fato, ao minimizar os riscos da pandemia e promover a ideia de que o país deveria retornar à normalidade o mais rápido possível, o presidente Bolsonaro contribuiu para uma percepção equivocada da gravidade da situação, o que impactou o

comportamento da população e a adoção de medidas preventivas em um contexto em que não havia uma solução única ou fácil.

Dito isso, por meio de um Decreto estadual com efeito a partir do dia 20 de março de 2020, o Governo do Estado do Ceará determinou medidas mais duras visando conter a propagação da COVID-19 que, naquele momento, contava com 20 casos notificados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes infectados e o quarto lugar dentre todos os estados brasileiros. Com a falta de vacinas e medicamentos apropriados “[...] as únicas intervenções eficazes para o controle da pandemia são medidas de saúde pública como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, evitando sofrimento e morte” (Medina, 2020, p. 1).

Com o avanço de casos confirmados no País e no Estado do Ceará - onde o primeiro caso foi confirmado em 16 de março, com declaração de emergência em saúde, por meio do Decreto nº 33.519 (Ceará, 2020) - a situação de pandemia exigiu do Ministério Público do Estado uma ação coordenada entre as diversas áreas de atuação. Nesse sentido, foi instituído o Grupo Especial de Combate à Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19), no âmbito do Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), formalizado pelo Ato Normativo nº 94, de 23 de março de 2020 (Brasil, 2020).

Ressaltamos que desde o início da crise, as ações do Ministério Público do Estado de Ceará (MPCE) se pautaram no acompanhamento das políticas públicas de forma extrajudicial. São exemplos de ações do governo que o MPCE acompanhou: ações da Secretaria de Saúde do Estado quanto à requisição do Hospital Leonardo da Vinci, que estava desativado, para atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19, e quanto à requisição administrativa de insumos e medicamentos para abastecer a rede pública de saúde. Também foi feita atuação para garantir a transparência dos gastos do Estado e dos Municípios com grande êxito e diversas atuações de fiscalização para garantir a probidade dos gastos e bom emprego das verbas públicas com a abertura de centenas de procedimentos (Brasil, 2020).

O Município analisado, por sua vez, reorganizou seus serviços para enfrentar a pandemia e, concomitantemente, assegurar o atendimento mínimo, de forma segura, a partir de 3 (três) principais eixos de ação: “(i) vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; e (iii) continuidade das ações próprias dos Serviços de SAPS” (Maracanaú, 2021, p. 11). Para isso, toda sua estrutura de profissionais e formas de atendimento foi revista e adaptada às etapas

de avanço da doença, sendo notificados “de janeiro a dezembro foram notificados um total de 33.779 casos Suspeitos, 13.499 (39.96 %) casos Positivos, 20.280 (60.03 %) casos Descartados e 487 óbitos” (Maracanaú, 2021, p. 191).

Em Maracanaú, entre março e dezembro de 2020, foram notificados 826 casos e 6 mortes (Ceará, 2020). Durante o ano de 2021, Maracanaú, chegou a ocupar o 3º lugar na taxa de mortalidade com 169,4 mortes /mil habitantes no Estado (Ceará, 2021a). Com a chegada do primeiro lote de vacinação em 19 de janeiro daquele ano, foram atendidos, prioritariamente, os profissionais de saúde que atuavam na linha de frente, idosos e indígenas. Posteriormente, idosos acima de 75 anos, trabalhadores de saúde e profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Em 2022, com o avanço do processo de vacinação, os casos graves foram progressivamente reduzindo, bem como os casos em geral. Neste período, 172.362 maracanauenses completaram o ciclo vacinal de doses recomendadas, tendo sido confirmados 33.418 casos e 861 óbitos, atingindo uma letalidade de 2,6%³.

Já em 2023, numa situação de ampla vacinação e de casos mais leves de Covid19, o município iniciou a reorganização dos serviços, neste cenário. Desde então, “[...] o desafio da gestão municipal tem sido se readaptar à nova realidade, adotando medidas para combater a doença sem comprometer a prestação dos serviços de saúde” (Maracanaú, 2021, p. 225). Documentos e ações estão em constantes debates, passando por adequações na busca por reorganizar o gerenciamento da saúde pública municipal, agora, em um contexto pós pandemia, tendo que dar conta de sequelas deixadas em pessoas que sobreviveram ou tiveram seus casos agravados. Assim, a relevância social deste estudo decorre, em grande parte, da possibilidade de apontar aspectos positivos, lacunas e desafios deixados pela pandemia a serem resolvidos e integrados nas políticas públicas de saúde do município. A presente pesquisa pretende colaborar após coleta e análise de dados para uma discussão e reflexão crítica acerca das repercussões da COVID-19 nas políticas públicas de saúde de Maracanaú.

Assim, levantamos as seguintes questões: (1) Quais as repercussões da pandemia por COVID-19 nas políticas de saúde no município de Maracanaú? (2) Que ações foram realmente efetivadas? (3) De que forma o município de Maracanaú enfrentou a COVID-19? e (4) Como o município reorganizou suas políticas e

³ Dados da Secretaria de Saúde de Maracanaú. Disponível em:
<https://www.maracanau.ce.gov.br/coronavirus/>. Acesso em: 11 de maio de 2024.

programas para atravessar as diversas fases da pandemia e como se estruturou para o período que se passou a designar pós-COVID-19?

A partir dos questionamentos elaborados, a presente pesquisa tem como **objetivo geral**: avaliar as repercussões da pandemia da COVID-19 nas políticas e ações realizadas pelo Município de Maracanaú. Já os **objetivos específicos são**: (1) caracterizar a Rede de Saúde do SUS no Município de Maracanaú; (2) discutir o plano do Município de Maracanaú, na execução da política pública de saúde no combate ao COVID-19; (3) identificar as potencialidades e fragilidades das ações desenvolvidas no planejamento do Município, para combater a pandemia de COVID-19; e (4) avaliar as principais mudanças decorrentes do enfrentamento da covid-19 pelo município de Maracanaú no tocante às demandas de saúde e às políticas e ações municipais da área da saúde.

Buscando apresentar os caminhos da presente pesquisa, a dissertação será organizada da seguinte forma: a “**Introdução**”, primeiro segmento, apresentamos de forma geral a temática escolhida e minha relação com ela, além de destacar uma síntese sobre o cenário brasileiro e cearense. Ao final deste segmento, apontamos as questões norteadoras e os objetivos que buscamos alcançar.

No segundo capítulo, intitulado “**A Perspectiva Avaliativa e Metodológica**”, detalhamos a inspiração da pesquisa na avaliação em profundidade e o percurso metodológico. No terceiro capítulo, “**O SUS e a Perspectiva de Concretização do Direito Universal à Saúde**”, narramos a história de implantação do SUS e sua importância para a saúde pública.

No quarto capítulo, “**Maracanaú sua história e seu sistema público de saúde**”, abordamos a história de Maracanaú desde sua fundação, suas características sócio-históricas-econômicas e a saúde neste município. Em seu último capítulo, o quinto, “**Contextualizando a COVID-19**”, elucidamos o delineamento do cenário mundial, nacional, estadual e municipal, especificamente, Maracanaú, e suas formas de enfrentamento da pandemia. Por fim, as considerações finais da pesquisa conduzem ao fechamento do trabalho.

2 A PERSPECTIVA AVALIATIVA E METODOLÓGICA

Esse capítulo se destina a apresentar o percurso metodológico a fim de atender os objetivos propostos e justificar a escolha dos instrumentos que foram utilizados na construção dos dados.

2.1 A inspiração avaliativa: avaliação em profundidade

Para Gussi e Oliveira (2016, p. 93) “é preciso considerar que avaliar políticas públicas trata-se de um processo de natureza sociopolítica e cultural.” No Brasil, essa temática fortalece-se na década de 1990, impulsionada pela exigência de um maior rigor na forma de avaliação dos projetos financiados pelos, Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), agências financeiras destes (Gussi; Oliveira, 2016).

Diante disso, novas formas de avaliação foram criadas, mas voltavam-se para uma abordagem gerencialista com concepções positivistas limitando-se em uma concepção instrumental da avaliação, “cuja função é medir, acompanhar e “avaliar” o êxito das reformas administrativas norteadas pelos princípios e valores neoliberais” (Rodrigues, 2008, p. 8). Sobre a instrumentalização da pesquisa avaliativa, Faria (2005, p. 100), justifica que:

A centralidade da avaliação justifica-se, assim, porque se esperava que essas “funções” garantissem a credibilidade do processo de reforma e a sustentabilidade política das diretrizes de desregulamentação e de redução do tamanho do governo, quer pela via da chamada “devolução”, ou seja, do deslocamento das funções e dos serviços para as instâncias subnacionais, quer pela via da privatização. Esperava-se, também, que pudessem ser fomentadas a transparência na gestão pública e a satisfação dos usuários/clientes.

Nesse contexto prevaleceu, no Brasil, uma avaliação que estava voltada para o controle, privilegiando a eficiência e que se limita a sanar gastos em detrimento da peculiaridade social. Isso gerou uma série de deturpações com uma enganosa possibilidade de desvinculação entre administração pública e política, a avaliação como medição de resultados, um reducionismo da avaliação a dados técnicos e quantitativos. Assim, no Brasil, a prática de avaliação foi desenvolvida muito mais como controle de gastos do que como uma forma de “realimentar”, em sentido mais amplo, a política avaliada (Silva, 2008). Rocha (2022, p. 38) destaca que,

Além de tudo isso, com essa visão excessivamente voltada para a técnica, se tinha uma premissa de que os resultados das avaliações eram automaticamente adotados por quem tomava decisões em busca de melhoria da política pública. No entanto, foi sendo constatado ao longo do tempo que havia uma certa “ingenuidade das expectativas”, já que esse processo de feedback era prejudicado diversas vezes.

Gussi e Oliveira (2016, p. 87) afirmam que esse modelo não dá conta de tratar das contradições do Estado, vez que

[...] circunscreve uma forma de avaliar associada a um campo político de afirmação de um Estado regulatório, regido dentro das regras de liberalização do mercado, em que as políticas devam estar circunscritas e, como decorrência disso, devam ser avaliadas.

Segundo Rodrigues (2008), nesse tipo de modelo, há um engessamento no que se refere a discussões críticas desde sua gênese à sua implementação e princípios que a sustentam, ou seja, esse tipo de avaliação baseava-se exclusivamente em critérios pré-estabelecidos de eficiência e eficácia.

Os limites colocados por este tipo de avaliação apresentam-se, principalmente, no fato de que ela se volta para efeitos esperados, muitas vezes desconsiderando ou minimizando o que algumas abordagens denominam “efeitos não previstos”, que são considerados, no mais das vezes, como entraves a ser superados (Rodrigues, 2008, p.9).

Nesse contexto, emerge uma frente contra hegemônica visando “construir marcos emancipatórios, de cunho democrático, rumo à universalização de direitos, entre critérios e igualdade e equidade” (Gussi; Oliveira, 2016, p. 172), apontam um parâmetro teórico-metodológico que se difere da forma tradicional tecnicista de se avaliar política, essa forma diferente de se avaliar “permite ir além de definições operacionais conduzidas por modelos avaliativos pré-concebidos e se distancia da agenda política e do modelo técnico-formal de avaliação” (Gussi; Oliveira, 2016, p. 172).

Diante dessas limitações pontuadas acima, esse tipo de avaliação contra hegemônico emana de um paradigma hermenêutico que se propõe a utilizar métodos “qualitativos e participativos e incorpora os anseios, expectativas e visões dos stakeholders” (Tinôco et.al., 2011, p. 307) e surge dando uma relevância maior para pensar sobre as políticas e o papel do avaliador,

(...) tomando como premissa que toda proposta de avaliação está informada por pressupostos e concepções sobre ciência e sobre a prática científica, é importante ter clara a definição de avaliação que acompanha a pesquisa. As

diferentes abordagens podem ser agrupadas, basicamente, em duas propostas distintas: uma que entende avaliação como “medida” e outra que privilegia o sentido de avaliação como “compreensão”. Identificar-se com uma ou outra concepção faz toda a diferença na condução da avaliação (Rodrigues, 2008, p. 11).

É certo que cada sujeito dentro da abordagem avaliativa possui seu papel, sua importância, relevância e se insere em contextos sociopolíticos e culturais, particulares, onde “[...] políticas se efetivam e as contradições neles inerentes, apresentam-se elementos para a construção de outro paradigma avaliativo que se configura como um *ethos epistemológico mais estruturado e crítico*” (Gussi; Oliveira, 2016, p. 93).

A partir desse contexto e reflexões, muitas inquietações emergiram em busca de uma abordagem avaliativa mais extensa e ampla e que se distinguisse dos antigos modelos operacionais, ou seja, uma avaliação de políticas públicas capaz de fornecer soluções para fenômenos cada vez mais complexos (Rodrigues, 2016).

Rodrigues (2008) destaca a importância de utilizar recursos epistêmicos das Ciências Sociais, especialmente da Antropologia Social, com o objetivo de obter uma compreensão mais ampla sobre a formulação e implementação das políticas. A autora propõe a adoção de ferramentas teórico-metodológicas, incluindo possíveis aproximações etnográficas, para realizar estudos avaliativos sobre políticas públicas.

A avaliação em profundidade se posiciona em um sentido contrário ao que prevalecia até então, na busca por romper com as perspectivas clássicas de avaliação. Essa abordagem caracteriza-se por uma visão interpretativa que prioriza entender o processo de implementação e elaboração de determinada política e, para isso, se respalda em quatro eixos: i) análise de conteúdo; ii) análise de contexto; iii) trajetória institucional; e iv) espectro temporal e territorial (Rodrigues, 2008). E para a autora,

Embora possam de alguma forma estar presentes em outros modelos, tais aspectos assumem uma nítida centralidade nesta proposta, ou seja, constituem dimensões centrais para a avaliação que considera a coerência da política, desde a esfera da formulação à forma assumida no âmbito das instituições que a executam, bem como sua relação com o contexto no qual se insere, a forma que assume nas vias institucionais, destacando-se o papel de atores e as relações de poder neste âmbito (Guedelho, 2017, p. 29).

Para a análise do conteúdo, a autora o divide em três aspectos:

- Formulação: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação;

- Bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas;
- Coerência interna: não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação (Rodrigues, 2008, p. 11).

Enquanto mestrandona em avaliação, minha primeira opção foi escolher um paradigma, um modelo de avaliação e, na minha perspectiva, superar os modelos gerencialistas, então apresentes na pesquisa. Assim, o presente trabalho inspirou-se na avaliação em profundidade embora não tenha a pretensão de realizá-la como metodologia. Tendo em vista que esse tipo de metodologia considera de suma importância as interpretações das vozes dos sujeitos, das suas críticas às políticas públicas, de apreender os discursos institucionais, valorizando as múltiplas dimensões de experiências com o intuito de entender a complexidade individual de cada programa. No nosso caso, as dificuldades encontradas em campo e os percursos da pesquisa, em pleno período pandêmico, não nos foi possível assumir plenamente o percurso avaliativo da avaliação em profundidade.

Esse contexto tornou impossível a realização de uma dimensão essencial para esse tipo de avaliação: a pesquisa de campo. No entanto, a presente pesquisa representa um mapeamento bibliográfico e documental da política pública de saúde em Maracanaú, durante e após a pandemia da Covid-19 inspirada na avaliação em profundidade.

Diante disso, a presente pesquisa, inspirada na avaliação em profundidade, realizou duas dimensões dessa perspectiva metodológica: a análise do contexto e do conteúdo. Tendo como espelho os eixos de análise do conteúdo e de contexto, inicialmente, foram pesquisados, por meio de legislação, documentos e dados estatísticos referentes ao SUS e, em particular, ao enfrentamento da Covid-19 no Município de Maracanaú. No segundo momento, foi realizado um levantamento com dados secundários a partir do contexto político, social, econômico e cultural em que a política foi implementada, com atenção às articulações entre as esferas local, regional, nacional, internacional, e mesmo transnacional, quando foi o caso. Nesse contexto, buscamos compreender a política pública de saúde, no presente trabalho - o SUS e o enfrentamento da Covid-19 - assim como o seu local de implementação enfatizando o contexto sócio-histórico-econômico do município de Maracanaú.

[...] considerar a política ou programa como parte de um conjunto de ações que expressa, de forma mais abrangente, um modo de conceber a política, em seu sentido mais amplo, contemplando o econômico, o social, o cultural e a definição dos caminhos para o país. Assim, a afirmação subjacente a esta proposição é que: para compreender a dinâmica de políticas implementadas em diferentes momentos históricos, concebidas a partir de modelos político-econômico sociais específicos, é relevante perceber como são acionados elementos de ordem simbólica – étnicos e indenitários; valores morais, cívicos e éticos; ideias e símbolos articulados a ideologias do progresso e da modernização, dentre outros (Rodrigues, 2016, p. 109).

Diante disso, inspirados na avaliação em profundidade, pretendemos apresentar a política pública em questão, o SUS, e como se deu o enfrentamento da Covid-19 no Município de Maracanaú. Essa busca de fazer uma pesquisa avaliativa inspirada na avaliação em profundidade exigiu uma pesquisa qualitativa, documental, bibliográfica, como detalhado na próxima seção.

2.2 Corpus documental de análises

A presente pesquisa, realizada com uma intensa pesquisa bibliográfica e com uma exaustiva pesquisa documental, trouxe como forma de coleta de dados, a pesquisa bibliográfica e documental, tendo em vista que esse tipo de pesquisa permite o aprimoramento e atualização por meio de pesquisas e documentos publicados. Andrade (2010) nos guia ao afirmar que,

Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas (Andrade, 2010, p. 25).

Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa bibliográfica foram: livros, artigos científicos, teses, dissertações, anuários, revistas, leis e outros tipos de fontes escritas que já foram publicados. A revisão de literatura se deu por meio de uma classificação, escolha e aprofundamento da literatura especializada, por meio das quais foram sistematizadas informações.

A pesquisa bibliográfica envolve o levantamento e a revisão de obras publicadas que fundamentam a teoria balizar do trabalho científico. Esse processo exige dedicação, estudo e análise por parte do pesquisador responsável, cujo objetivo principal é reunir e analisar textos publicados para fornecer suporte teórico ao trabalho

científico Gil (2002, p. 44), sobre a pesquisa bibliográfica afirma que “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Por sua vez, Severino (2007) explica que esse tipo de pesquisa é efetivada através do

[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (Severino, 2007, p. 122).

Dessa forma, a pesquisa bibliográfica é “uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa, na medida em que der o embasamento teórico em que se baseará o trabalho” (Amaral, 2007, p. 1). Ademais, Sá Silva; Almeida e Guindani (2009) afirmam que a pesquisa bibliográfica e a documental, têm o documento como instrumento de investigação, pois,

[...] o elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias (Sá Silva; Almeida; Guindani, 2009, p. 6).

Ressaltamos, a partir das palavras de Oliveira (2007) que a diferença entre as pesquisas bibliográfica e documental é que a primeira possibilita aos pesquisadores o contato mais próximo com as obras, artigos ou documentos que falem sobre o tema em estudo, já a segunda, pesquisa documental, é caracterizada como:

[...] busca pelas informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, gravações, fotografias, leis, decretos, matérias de divulgação (Oliveira, 2007, p. 69).

Assim, com o uso da pesquisa bibliográfica foi realizado busca, nas principais bases de dados, sobre o enfrentamento do Covid-19 pelos municípios bem como, analisados documentos que regem as Políticas Públicas de Maracanaú e seus suportes legais, Leis, Decretos, Relatórios Oficiais e Protocolos que proporcionou uma maior apropriação da lógica e funcionamento do Programa em uma trajetória institucional.

Esses instrumentos permitiram contemplar o primeiro eixo de avaliação em profundidade, análise do conteúdo da política. Entre as fontes documentais que foram analisadas destaca-se o Corpus: legislações e documentos.

A partir dessa revisão de literatura, foi possível traçar um pano de fundo histórico da política pública de saúde, caracterizar a Rede de Saúde do SUS no Município de Maracanaú e discutir o plano do Município de Maracanaú, na execução da política pública de saúde no combate ao Covid-19, objetivos específicos do estudo, evidenciando o segundo eixo da avaliação em profundidade a medida em que foram relacionados os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e sociais.

Inspirados na avaliação em profundidade, que busca uma avaliação ampla, complexa, detalhada, densa, multidimensional e contextualiza, o levantamento bibliográfico e documental foi indispensável, por isso optamos pela literatura produzida sobre a temática como forma de identificar as potencialidades e fragilidades das ações desenvolvidas no planejamento do Município, para combater a pandemia de Covid-19.

Ancorados no escopo teórico e nos objetivos propostos, foi realizada a análise dos dados construídos e coletados na pesquisa bibliográfica e documental.

Tendo em vista a compilação do percurso teórico- metodológico segue quadro sintetizando a inspiração utilizada na presente pesquisa dos eixos da perspectiva avaliativa em profundidade.

Quadro 1 - Esquema de inspiração de avaliação e o percurso metodológico da pesquisa

INSPIRAÇÃO NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE	VIABILIZAÇÃO DE DOIS EIXOS NO PERCURSO DA PESQUISA AVALIATIVA
---	--

Análise de conteúdo do programa e da política: Análise de aspectos do SUS como política pública no Brasil;

Refere-se à análise do material institucional sob forma de leis, SUS; portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros. (Rodrigues, 2008, p.11) Aportes analíticos do conteúdo básico do SUS em Maracanaú; Aportes descritivos da política pública do SUS durante e após a pandemia de Covid-19.

Análise de contexto da formulação da política: Análise de contexto do SUS, enquanto política pública no âmbito da contemporaneidade brasileira;

Análise do momento político de concepção da política, em seu sentido mais amplo, contemplando o econômico, o social, o cultural. Análise do lócus da pesquisa, Maracanaú; Configuração do processo pandêmico em Maracanaú;

Configuração de como a política da saúde se comportou frente a pandemia da Covid-19.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Rodrigues (2011).

No quadro 1 foi fornecida uma exposição da metodologia adotada para a condução da presente pesquisa. Tendo em vista que o objeto de estudo se trata de uma política pública de saúde, foram priorizadas as pesquisas relacionadas ao tema, que forneceram diferentes perspectivas sobre o assunto. Isso permitiu compreender melhor a complexidade e as nuances do enfrentamento da COVID-19 pelo município de Maracanaú.

3 O SUS E A PERSPECTIVA DE CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

Para avançar no entendimento de como o direito à saúde se viabiliza em nosso País e, em particular, nos municípios brasileiros, dentre estes em Maracanaú, se faz necessário um recuo histórico para compreendermos como a arquitetura deste sistema público foi sendo construída e foram sendo tecidas as redes de saúde, unidas em tramas que articulam Estado Federal, estados membros e municípios.

Compreendendo o SUS como uma conquista e como uma construção coletiva histórica, nesta seção, retomamos as bases, os elementos essenciais da história da saúde pública em nosso país até o advento do SUS para podermos empreender uma análise longitudinal sobre o nosso sistema de saúde na contemporaneidade, destacando suas fortalezas, mas, igualmente, suas fragilidades e adensar se a dimensão análise de contexto da nossa dissertação.

3.1 Breve história da Saúde Pública no Brasil

No início do século XX, a crise sanitária na recém-república foi precursora das primeiras iniciativas de saúde pública com as campanhas de Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela. Concomitantemente ao surgimento desse olhar, o ministério da saúde passa de um “poli ministério” para um ministério duplo ao juntar-se com o ministério da Educação e, em 1953, passa a ser uma unidade isolada. Assim,

A tradição campanhista da sua origem e sua vocação para o controle de doenças e o saneamento plasmou-se naquela nova estrutura. As condições sociais e de saúde daquela primeira metade do século justificam a evolução institucional e a manutenção da sua vocação preliminar: endemias ditas rurais, população dispersa, eminentemente do campo, cidades em lenta evolução, alta mortalidade infantil por doenças infecciosas, parasitoses e diarreias (Lima, 2005, p. 14).

Neste período, o Brasil vivenciava diversas epidemias de doenças infectocontagiosas e, ao mesmo tempo, avançava na importação e exportação de produtos, principalmente, via portos, predominou no País o “sanitarismo campanhista” como modelo hegemônico de saúde pública, alicerçado em medidas repressivas e violentas. Seguindo este modelo, foram construídas a I e a II Conferências Nacionais de Saúde. Em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), já apresenta a perspectiva de descentralização e traça alguns esboços para as propostas de

construção de um sistema integrado de saúde pública no País. Com o golpe civil-militar, ocorre redução das ações públicas de saúde, com o reaparecimento de várias doenças preveníveis consideradas, então, sob controle.

Diante disso, o país passa, então, por múltiplas epidemias (malária, varíola, febre amarela etc.) todas infecciosas e que exigiam do sistema público de saúde um projeto de saneamento visando proteger as mercadorias de exportação, tendo em vista que a principal fonte econômica era a agro exportação. Em meados de 1960 predominou o sanitarismo campanhista como modelo hegemônico de saúde realizado por meio de repressão, e em alguns casos de forma violenta, tendo como figura-chave Oswaldo Cruz. No período ditatorial (1964-85), com a crescente repressão e agravio de problemas sociais, tomaram força manifestações populares com o lema Democracia e Saúde, cuja culminância foi a construção do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Décadas mais tarde, entre 1970 e 1980, no contexto da resistência da população ao regime totalitário, ocorre no Brasil mais um momento de grande expressão sanitarista em busca de amenizar as imensas desigualdades de acesso aos serviços públicos, buscando a afirmação do binômio saúde e democracia, pauta que se fortalecia no cenário político da época. O sistema de saúde implantado durante os anos da ditadura caracterizou-se pela mercantilização, tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora, “[...] agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas” (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 61).

Com o fim da ditadura militar, assumem o poder governantes que buscam a união entre liberais e democratas, e representantes do movimento sanitário passam a ter voz nas políticas públicas de saúde. Em 1986, na efervescência de manifestações populares, acontece a 8^a Conferência Nacional de Saúde, o mais significativo evento para a reconstrução do projeto de reforma sanitária nacional, contando com a participação de mais de 4.000 pessoas, representantes de trabalhadores da área da saúde, de movimentos populares, pesquisadores e professores, parlamentares e membros do poder executivo. Assim, diante de tantas inovações e desafios, originou-se um Sistema Único de Saúde. E cabe mencionar, nas palavras de Lima (2005)

Na nova constituição, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-

la a todos os cidadãos. Sob o preceito constitucional "Saúde direito de todos e dever do Estado", defendeu – se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do Executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais da saúde e do setor privado. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização (Lima, 2005, p. 16).

De fato, com a promulgação da Constituição de 1988 (Brasil, 1988), conhecida como “Constituição Cidadã”, a política de saúde ganha outro status, sendo assegurada por Lei , especificamente nos artigos 194 a 200 da Seção II - Da Saúde, do Capítulo II - Da Seguridade Social. No artigo 196, consta que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, online). Em seu artigo 198 (Brasil, 1988), o SUS é definido da seguinte forma:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988, online).

Desse modo, a Constituição Federal (CF) aponta claramente a perspectiva da constituição de um Sistema de Saúde fincado em um modelo de atenção que visa a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, contra hegemônico ao modelo curativista e hospitalocêntrico do período anterior. Esse período caracterizou-se pela redemocratização política, influenciando diretamente a ação do sistema. As Conferências Nacionais de Saúde tinham como finalidade, dentre outras, avaliar a situação da saúde e propor mudanças para sua melhoria.

É bem claro, no texto supracitado, que a Carta Magna aspira por um sistema de saúde público que se preocupa com a população ao chamar atenção para o compromisso do Estado com a saúde coletiva como um dos direitos de cidadania. O excerto pode ser visto como um raio X da conjuntura política em que vivia o país, ou seja, uma recente saída de um longo e rígido período ditatorial em que não havia um olhar para a saúde da população (Fertonani, 2015). Mesmo sendo previsto na CF de

1988, apenas em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990) foram regulamentadas as formas de organização e funcionamento do SUS.

Desta forma, o SUS se caracteriza como um conjunto de serviços ofertados e proporcionados pela instituição pública, seja ela federal, municipal ou estadual. Polignano (2001, p. 23), destaca os objetivos e atribuições dessa política;

- a) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) Formular as políticas de saúde;
- c) Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- d) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- e) Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- f) Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- g) Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- h) Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- i) Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- j) Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- k) Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- l) Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

O cumprimento dos objetivos supracitados não resulta em um funcionamento equânime do SUS na esfera nacional, tendo em vista o vultoso investimento público necessário, a necessidade de profissionais realmente qualificados e de políticas públicas que possibilitem a realização de atendimento que leve em conta cada aspecto mencionado. Assim, a concretização do SUS no território nacional é marcada também pelas desiguais condições econômicas e técnicas entre os entes públicos estaduais e municipais, segundo as regiões do país e pela não efetivação do pacto federativo no nível nacional.

A partir de sua criação oficial, os anos subsequentes foram marcados por lutas por sua implementação, descentralização e municipalização da saúde e por um sistema para avaliação e aprimoramento. Assim, as formas de financiamento foram

as principais barreiras para sua efetiva implementação, fazendo com que o processo de construção do SUS fosse alicerçado em cenários desfavoráveis.

3.2 SUS e sua importância para a Saúde Pública

A importância do SUS para o país revela-se, dentre outros, em sua dimensão e amplitude territorial e no aspecto da universalidade do acesso, garantindo a todas as pessoas o direito à saúde. Entre as suas competências, conforme preconiza a Constituição (Brasil, 1988), estão as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalização e inspeção de alimentos, e colaboração para a proteção do meio ambiente. Assim, demonstra-se uma abrangência de atuação, mediante a promoção, proteção e recuperação da saúde, em um sistema único e descentralizado (Macêdo *et al.*, 2018).

Ademais, os princípios do SUS advieram da luta do movimento de reforma sanitária, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujos debates foram decisivos para a inclusão da nova visão acerca da saúde pública na Constituição cidadã de 1988. Assim, a universalidade, a integralidade e a equidade são princípios essenciais para a consolidação do SUS e devem ser defendidos como verdadeiros valores éticos e humanos, em detrimento das tentativas de interferências mercantilistas ou de modificações em razão de crises diversas (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Já a atenção básica, em particular, tornou-se bastante abrangente, estando presente em todos os municípios brasileiros, com ênfase na promoção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) originou-se do Programa de Agentes de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde na Família (PSF), experiência inovadora realizada em alguns municípios brasileiros na década de 1990, época que se caracterizou pela descentralização de recursos no SUS (Mendes, 2012).

A ESF é considerada a porta de entrada do SUS, sendo o enfoque principal do governo para reestruturar a atenção básica. Ela é formada por um grupo de profissionais composto por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, no mínimo, 4 agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal. Cada grupo é responsável pelo atendimento de uma quantidade de pessoas em cada comunidade,

sendo responsável por diagnósticos, assistência especializada e hospitalar (Malta *et al.*, 2016).

Falando do PACS, ele constitui um programa que buscou a consolidação do SUS por meio da reorganização dos cuidados ambulatoriais e domiciliares, bem como a parceria de uma equipe multiprofissional para estreitar o vínculo entre comunidade e unidades de atendimento à saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais responsáveis por desenvolver, junto à comunidade, ações educativas voltadas para a prevenção e promoção da saúde e por aproximar a comunidade das Unidades de Saúde da Família (Brasil, 2001). O PSF, originado do PACS, “[...]se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde” (Rosa; Labate, 2005, p. 1028). Esse programa visa assistir a família de forma integral e humanizada dentro de seu próprio ambiente, descentralizando o atendimento apenas para o hospital.

A implantação do PSF e, em seguida, da ESF ampliou o acesso ao direito à saúde e reconfigurou o modelo assistencial, antes centrado apenas na figura do profissional da medicina e na cura. Todavia, é importante ressaltar que existem fragilidades no processo de coordenação do cuidado pela Atenção Básica, ou Atenção Primária, sendo essencial uma melhor articulação com as Redes de Atenção à Saúde, de modo a garantir a integralidade da assistência (Bousquat *et al.*, 2017; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A APS tem como tripé os seguintes componentes: i) acesso universal; ii) indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social; e iii) participação social. Tendo como base a Declaração de Alma-Ata, a APS é definida como,

[...] os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).’

Ademais, em documento datado de 2006, o Ministério da Saúde, caracterizou a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2006, p.10), sendo assim, a “porta de entrada” (Brasil, 2006) do SUS. Dessa forma, o atendimento toma uma nova concepção: mais singular e individualizada, ampliando a atuação dos diferentes sujeitos e suas interdisciplinaridades, podendo incorporar “desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes” (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998, p.15).

Já Starfield (2002), delineia 8 dimensões (5 exclusivos e 3 derivados) da APS. Estas serviram de baliza para a definição as ações da PNAB

- a) Acessibilidade, que a partir da universalidade, não prevê obstáculo para realização de serviços à população;
- b) Porta de entrada, assegura a atenção básica como primeiro contato com o SUS;
- c) Vínculo ou longitudinalidade, é o estreitamento de laços entre os servidores e o cidadão que está utilizando o serviço de saúde;
- d) Elenco de serviços, diz respeito ao acesso ao atendimento mínimo possível;
- e) Coordenação ou integração de serviços, assegura o atendimento aos demais atendimentos ofertados;
- f) Centralidade na família, são voltados para o atendimento de toda família;
- g) Orientação para a comunidade, assegura o atendimento de acordo com a necessidade da comunidade inserida no contexto local;
- h) Formação Profissional, visa acompanhar e validar constante formação na área de atuação do profissional da rede. Diante disso, o SUS tem se demonstrado como um sistema de saúde de extrema importância para o atendimento da população como forma de acesso aos cuidados à saúde, a ações de prevenção e promoção. Esse sistema busca assegurar que cada cidadão brasileiro tenha um atendimento de qualidade, assegurado pelo Estado e patrocinado por nossos impostos.

O atendimento realizado pelo SUS é pautado na interdisciplinaridade por possibilitar a “realização de um trabalho conjunto, que apesar de respeitar as bases disciplinares específicas, busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e populações” (Saupe *et al.*, 2005, p.522).

Em verdade, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e da Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), constitui marco histórico para o País. A saúde passou a ser efetivamente um dever do Estado brasileiro, tornando-se um direito de todos os cidadãos⁴. Para a consecução deste direito, foram definidos os seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços; integralidade da assistência; equidade; participação da comunidade (controle social) e descentralização político-administrativa. Há uma distinção entre princípios diretrizes do SUS: os princípios doutrinários (universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado) e os princípios organizacionais, que compreendem as formas de organização do Sistema para “concretizar o SUS na prática”: regionalização e hierarquização; descentralização e comando único e participação social, também designado controle social.

Matta (2007, p. 61), em consonância com Paim (2018), destaca a importância dos princípios e diretrizes do SUS como indispensáveis para o funcionamento do sistema tendo em vista ser este “[...] resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros.” De fato, a partir da implantação do SUS, é inegável que a saúde pública teve outra dimensão no País, com maior protagonismo dos municípios na execução das políticas e um acesso garantido para toda a população, necessitando-se, para tanto, de políticas e programas de saúde, com destinação de recursos do Estado para que o Direito à Saúde se efetive no quotidiano da população brasileira.

A organização do SUS é regionalizada e hierarquizada e ocorre em níveis de atenção à saúde, com seus serviços divididos em atenção básica ou primária, média

⁴ Antes de 1988, apenas os contribuintes da Previdência Social eram atendidos pelo sistema público de saúde no Brasil. Como explicita documento do CNS, “A saúde era centralizada e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. A população que poderia usar recebia apenas o serviço de assistência médico-hospitalar”. Com este sistema anterior ao SUS, apenas uma parcela de brasileiros, cerca de 30 milhões de pessoas, tinham acesso aos serviços hospitalares e quem não tinha carteira assinada dependia de benesses de políticos, da caridade ou da filantropia para atendimentos médicos e hospitalares.

e alta densidade tecnológica. Considerando o padrão de assistência à saúde, de previdência e de assistência social preexistente no Brasil, a Constituição de 1988 definiu bases legais para a implementação do Sistema Único de Saúde, de natureza pública e de caráter universal, em que o setor privado deveria ser suplementar.

Na arquitetura do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada ordenadora e coordenadora dos cuidados de saúde, sendo uma das principais portas de acesso dos usuários ao sistema público de saúde. Assim, a implantação da APS nos diversos municípios de todas as regiões do País tem contribuído para o processo de concretização dos princípios e diretrizes do SUS, que preconizam a ênfase na promoção à saúde, reorientando o modelo de assistência. É pertinente pontuar que, a eficácia e efetividade da rede de APS depende de se assegurar a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, além do acesso universal aos serviços de saúde.

De fato, com o SUS, o modelo biomédico e hospitalocêntrico passa a ser questionado e uma série de mudanças são propostas tanto em termos de gestão, com a descentralização das ações e responsabilidades partilhadas entre os três entes da federação (Estado, estados membros, Distrito Federal e municípios) quanto em termos de abordagem, dando ênfase às ações de promoção, prevenção e de educação em saúde, sem deixar de atuar na assistência e reabilitação de pessoas acometidas por quaisquer agravos à saúde (Aguilera, 2013).

Importante destacar que, em 1990, foi votada e promulgada a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei do SUS). No Brasil, se vivenciava o que Carvalho (2022) denomina de confluência contraditória do processo de democratização com ampliação de direitos sociais e econômicos com o processo do ajuste estrutural, baseado na agenda do consenso de Washington, que propagava rígida disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, abertura comercial, política de juros elevados, privatização das estatais, desregulamentação das leis trabalhistas, contrarreforma da previdência, dentre outras medidas julgadas indispensáveis para fazer face à crise econômica tida pelos liberais como decorrente de uma ampla atuação do Estado na regulação social e econômica. Em meio a esse paradoxo, com nítida hegemonia das forças neoliberais, o então presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) veta vários artigos da proposta original construída pelo movimento da

Reforma Sanitária Brasileira (RSB)⁵, em particular, aqueles relativos à construção da carreira SUS (Andrade; Costa; Rozzotto, 2022).

O final do século XX e início do século XXI, pode ser caracterizado por dois momentos de características distintas: a consolidação do Estado Democrático de Direito e a pressão para expansão do capital para se configurar em um Estado ajustador (Carvalho et.al., 2022). Na década de 1990, o Brasil passa a se adequar, mesmo que de forma tardia, às adaptações impostas por Washington que o deixou dependente adotando medidas impopulares como a alta na taxa de juros, uma política monetária e fiscal inflexível, entre outras.

Impõe-se, portanto, como exigência analítica, circunscrever o padrão de ajuste do país ao capitalismo financeirizado, delineando novas formas de atualização do signo histórico da dependência. Um elemento central é o processo de inserção do Brasil nos movimentos de acumulação do capital, por mais de 30 anos (1990-2022) (Carvalho et al., 2022, p. 301).

Esse cenário vivenciado pelo Brasil refletiu de forma negativa em todas as dimensões nacionais. O parque industrial foi se desmontando com a nova agenda de ajustes adotada e o país seguiu o caminho de retorno a um sistema de produção, em sua maioria, agrícola e mineral, significando uma dupla dependência. Primeiro, o país se tornou um pagador de juros altíssimos ao capital especulativo e a segunda, se tornar um exportador de commodities, criando uma simbiose entre ambos. Nesse contexto de desindustrialização e reprimarização, o Brasil entra, nos próximos 32 anos, no ciclo de ajustes (Carvalho et al., 2022).

Sucedem-se vários ciclos de ajuste do Brasil ao capitalismo financeirizado, seguindo-se a cartilha neoliberal com algumas inflexões e com especificidades, especialmente nos governos da chamada Era Petista (2003-2016). Em 2003, o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o poder a partir de uma aliança política, inclusive com partidos conservadores. Essa gestão petista à frente do poder reedita a ideologia neoliberal, com alguns pontos intocáveis e, nessa “simbiose entre neoliberalismo e busca da aceleração do crescimento econômico [...] emergem as bases ideológicas do neodesenvolvimentismo petista⁶” (Carvalho; Rodrigues Júnior, 2019, p. 277).

⁵ “Ancora-se na qualidade de vida das pessoas, condição precípua para que as populações e as coletividades acumulem melhores condições de saúde. Nesse contexto, portanto, a assistência à saúde não se limita à assistência na doença.” (Andrade; Costa; Rizzotto, 2023, p. 06)

⁶ “Chamamos “neodesenvolvimentismo petista” esta versão peculiar da aceleração do crescimento no século XXI, assumida no segundo Governo Lula e no primeiro Governo Dilma Rousseff, com configurações distintas do modelo desenvolvimentista do século XX” (Carvalho; Rodrigues Júnior,

Frente à característica do novo governo, os movimentos sociais lutavam por uma política de valorização do SUS, “[...] reconhecido como a materialização técnica e política do direito à saúde, representando uma das políticas sociais mais exitosas concebidas e implementadas no Brasil” (Cruz, 2020, p.15).

Ainda durante o governo PT, com administrações de tendências populares, foram ampliadas as ações do Estado, possibilitando o atendimento às classes trabalhadoras e trazendo novamente a saúde pública para o devido lugar. Na era petista, podemos identificar diferentes fases de atuação política. A primeira, (2003-2006), caracterizada por uma política híbrida de ajustes e de enfrentamento à pobreza. Nesse momento, foram claras as mudanças de poder aquisitivo das classes trabalhadoras. Em relação à saúde, o governo recém-empossado buscou unificar as ações e reorganizar o Ministério da Saúde. “A reforma administrativa realizada sugeriu uma ênfase na integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar” (Menicucci, 2011, p. 525).

Nesse período, foram implantados programas como Brasil Sorridente, programa de atendimento bucal que buscava universalizar o atendimento odontológico, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Programa de Farmácia Popular, que financiava em até 90% medicamentos em farmácias privadas credenciadas e uma ampliação da APS por meio do Programa de Saúde na Família (PSF) (Menicucci, 2011).

Nesse primeiro governo, as políticas de saúde direcionaram-se para a tentativa de universalizar o atendimento, direito garantido na CF de 1988. Um marco para o SUS do governo Lula foi a implementação do Pacto pela Saúde que trouxe significativas modificações. Esse pacto é um “conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão” (Menicucci, 2011, p. 525).

O pacto está pautado em um tripé: Pacto pela vida, que prioriza uma gestão por resultados e trouxe como metas uma série de metas sanitárias a serem realizadas; O pacto em defesa do SUS, busca a (re)politização da saúde, uma movimentação social e o financiamento para garantir recursos; Pacto de Gestão do SUS, organizou o SUS em colegiados regionais como uma forma de criar uma integralidade de atenção e, por fim, como forma de acabar com a fragmentação de

recursos, o governo federal repassou valores à 6 blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde) (Menicucci, 2011).

Na segunda fase petista (2007-2010), o país passou a crescer consideravelmente, ocupando posição de destaque mundial, com “geração de emprego e rendimento dos trabalhadores e estruturação de políticas assistenciais para os estratos mais vulneráveis da população” (Carvalho; Rodrigues Júnior, 2019, p. 282). No que cerne à saúde, nessa segunda fase, foram aprimoradas as ações do primeiro mandato, com um foco maior na melhoria social como um fator de melhoria da saúde. De forma geral, o Ministério da Saúde modificou o Programa Mais Saúde, criando o PAC Saúde e ampliou sua atuação, com ênfase na reiteração “do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico” (Menicucci, 2011, p. 527).

Um novo caminho adotado pelo governo consistiu em definir que programas já consolidados como PSF e Brasil Sorridente seriam realizados nas escolas com o intuito de atender ao maior número possível de pessoas, garantindo a busca do cumprimento da universalização do atendimento à saúde.

A terceira fase, no governo Dilma (2011-2014), marcada pelo estremecimento entre o neoliberalismo e o neodesenvolvimentismo petista, ocorreu um tímido crescimento e a volta da inflação. Esse novo cenário negativo para o governo Dilma deu força à ala direita comandada pelas elites conservadoras. Diante disso, a quarta fase, (2015-2016), marcada pelo neoliberalismo e corte em investimentos públicos, resultou no impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016.

No que diz respeito à saúde, em 2015, a Emenda Constitucional (EC) nº 86 (Brasil, 2015), assegurou que os repasses do Governo Federal para saúde tivessem como base de cálculo a Receita Corrente Líquida (RCL) da União chegando, até 2020, a 15%. (Menezes; Moretti; Reis, 2019). A referida EC relaciona-se, em sua contemporaneidade, com o panorama de lutas sociais e conquistas do SUS, com avanços significativos, a exemplo de: (1) expansão dos PSFs, uma das políticas mais importantes do período que levaram equipes de saúde básica para áreas carentes, com prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças; (2) Programa Mais Médicos, lançado em 2013, que trouxe profissionais de saúde para regiões remotas e carentes do país, onde a escassez de médicos era crítica; (3) uma significativa redução na taxa de mortalidade infantil e materna durante esse período, resultado de investimentos em saúde materno-infantil, programas de vacinação e melhorias no

acesso aos serviços de saúde; (4) ampliação do acesso a medicamentos, incluindo a distribuição gratuita de remédios para doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; (5) fortalecimento do SUS com investimentos em infraestrutura, capacitação de profissionais e ampliação da oferta de serviços; (6) uma expansão significativa da cobertura de saúde, com a criação de novas unidades de saúde, hospitais e centros de atendimento especializado, dentre outros (Menezes; Morete; Reis, 2019).

Ao longo dos anos, o SUS vivenciou fases distintas, perpassadas por condicionantes derivados dos próprios ciclos de construção da democracia social no Brasil. Nesse processo, podem-se ser observadas fases de expansão, de consolidação de políticas e programas, de reforços à APS, de ampliação e qualificação da força de trabalho para o SUS. Percebemos, a partir do contexto supracitado, que o SUS encontra-se presente nacionalmente, mesmo a despeito da queda de incentivos para seu fortalecimento. Esse sistema, até hoje, se caracteriza pela descentralização de serviços e fortalecimento da atenção primária à saúde, em suas 3 décadas de história e luta garantindo milhões de atendimento a quem mais precisa.

Ademais, com o golpe de 2016 e o consequente governo autoritário de Jair Bolsonaro, avançam as contrarreformas, com destaque para as trabalhistas e a previdenciária que reduz direitos dos trabalhadores, dando margem para maiores níveis de exploração e, ainda, para a terceirização das atividades fim nos serviços de saúde. Durante o governo de Temer (2016-2018), o novo regime fiscal (NRF) especialmente a EC nº 95 (Brasil, 2016) instituiu o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, marcando “[...] o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal” (Menezes; Moretti; Reis, 2019, p. 61).

A partir de 2016 até 2022, a direita assume o poder e instaura uma ruptura na ascensão das classes menos favorecidas. O desmonte de direitos trabalhistas, das políticas de enfrentamento à pobreza, de direitos sociais marcaram esse período, configurado como tempos de “retorno à ortodoxia do neoliberalismo, sem concessões mínimas aos segmentos dos trabalhadores” (Carvalho; Rodrigues Júnior, 2019, p. 287).

No âmbito do SUS, a Política de Atenção Básica foi modificada e regulamentada pela Portaria nº 2.436 (Brasil, 2017), de 21 de setembro, em um

contexto de sucateamento dos equipamentos públicos e de uma supervalorização da saúde privada. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017, que busca prioritariamente o atendimento à saúde da família para sua expansão e atuação pautada na articulação de estratégias de atuação com a vigilância em saúde e a atenção primária (Brasil, 2017). Todavia, a forma de financiamento sofreu mudanças consideradas danosas à consecução dos princípios do SUS.

A agenda ultraliberal bolsonarista (2019-2022) não reconhece o SUS como um sistema público de atenção integral à saúde. O governo tenta fortalecer o regime privado de “cobertura universal” em detrimento da essência do SUS público e de “acesso universal” (Cruz, 2020). Dessa forma, ocorre um sucateamento do SUS com “[...] a focalização das ações e serviços às pessoas e aos grupos mais ‘pobres’, o retorno dos manicômios, mudanças no modelo de financiamento de serviços de saúde e da atenção básica à saúde” (Cruz, 2020, p. 16). Na gestão de Bolsonaro, foi validada a EC 95 ao tentar fazer crer que havia elevado gasto financeiro com saúde, se comprometendo em realizar os devidos ajustes de gestão como forma de diminuição de gastos.

Nesse contexto de avanço das políticas pautadas na agenda ultraliberal, o mundo se defronta com um surto de uma nova doença. De fato, no final de dezembro de 2019, um surto de uma nova doença respiratória, causando pneumonia, foi identificado na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Em 07 de janeiro de 2020 foi identificado na China o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, sendo responsável por causar a Covid-19. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais elevado nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2020) declarando em 11 de março de 2020, decorrente do avanço da disseminação, situação de pandemia. A Covid-19 chegou à América Latina em 25 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde do Brasil confirmou o primeiro caso da doença, em um homem brasileiro, de 61 anos, que viajou de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para Lombardia, norte da Itália (Rodriguez-Morales *et al.*, 2020).

Diante da pandemia de Covid-19 (2020-2021), o discurso negacionista foi a marca do governo. Dentre as principais consequências podem ser citadas: “[...] o uso de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento da doença, como hidroxicloroquina, cloroquina, azitromicina e ivermectina; a desconfiança em relação

às vacinas; a negação da eficácia do uso de máscara facial" (Guerreiro; Almeida, 2021, p. 53).

O governo Bolsonaro, especificamente, desqualificou nosso sistema de saúde, sucateou as estruturas dos serviços de saúde e em meio à pandemia não orientou devidamente a população, disseminando notícias mentirosas e orientações devastadoras para a população em um momento de vulnerabilidade social e de crise sanitária sem igual. Com esse repertório, houve um enfraquecimento do SUS como nunca visto e uma descrença na ciência sem precedentes. A relativização da doença, a falta de uma política, articulada nacionalmente, de enfrentamento à pandemia causou a morte de milhões de pessoas, os trabalhadores da saúde encontravam-se exaustos diante de grande número de infectados. Nesse cenário, presenciamos a ironia desse chefe de estado ao defender a economia, mais importante para o Presidente, em detrimento da vida.

Os projetos eram pautados na perspectiva neoliberal ou, mais recentemente, ultraliberal, possibilitando, no campo da saúde, fortalecer o sistema privado, com baixa regulação pelo Estado. Os serviços e a atenção médica privada que deveriam ser supletivos e complementares aos serviços públicos consolidam-se, com base no financiamento público e na dependência do Estado, enquanto o setor público perde financiamento e qualidade, sendo "[...]considerado o sistema [para os] grupos "de baixo" e o da atenção médica supletiva [privada] [para o] grupo dos "de cima" (Chioro; Scaff, 1999, p. 27).

Em mais de 30 anos de existência, o SUS, visto como um sistema a ser efetivado por meio de política pública de caráter social, baseado em fortes referenciais do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), trouxe avanços na resolução de sérios problemas de saúde encontrados em nossa sociedade, a despeito dos constantes ataques sofridos no campo político, ideológico e de financiamento, que comprometem uma maior resolutividade, a partir dos princípios e diretrizes do SUS (Paim, 2018).

Nos anos 2020-22, o SUS encarou um grande desafio: o combate à crise sanitária global imposta pelo SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19 que se configura como "uma nova doença infecciosa que causa inflamação no sistema respiratório, altamente contagiosa e de disseminação rápida" (Costa, 2022, p. 10). Esta, forçou os gestores, profissionais de saúde, instituições de formação em saúde,

sociedade a (re) pensarem o papel do SUS, o direito à saúde e os entraves impostos para sua eficácia, considerando as diferenças locais regionais no território nacional.

Durante o período pandêmico, o Brasil vivenciou diferentes fases da pandemia, com distintas orientações sendo disseminadas, na medida em que o número de casos aumentava. Um clima de desacordo em relação à forma de enfrentamento da Covid-19 entre a União, Estados e Municípios foi o pano de fundo desse período de desconhecimento do segmento de médicos e de parte da população, em geral. No Brasil, o primeiro caso foi identificado em São Paulo em fevereiro de 2020 e, um mês depois, a transmissão do vírus passou a ser considerada comunitária pelo Ministério da Saúde. Neste mesmo mês, foi identificado o primeiro caso no Ceará. Dada a rápida expansão da nova doença, o isolamento social foi adotado como principal medida preventiva (Fiocruz, 2020).

No contexto nacional de enfrentamento à pandemia, marcado por contradições e entendimentos diversos sobre a gravidade da doença, coube aos Estados se adequarem e se planejarem a partir das orientações da União ou definirem estratégias próprias, em consórcios e/ou sob a orientação de comitês científicos locais. No que concerne aos Municípios, estes se detiveram a implementar as estratégias dos âmbitos superiores e adaptá-las às condições específicas de cada território.

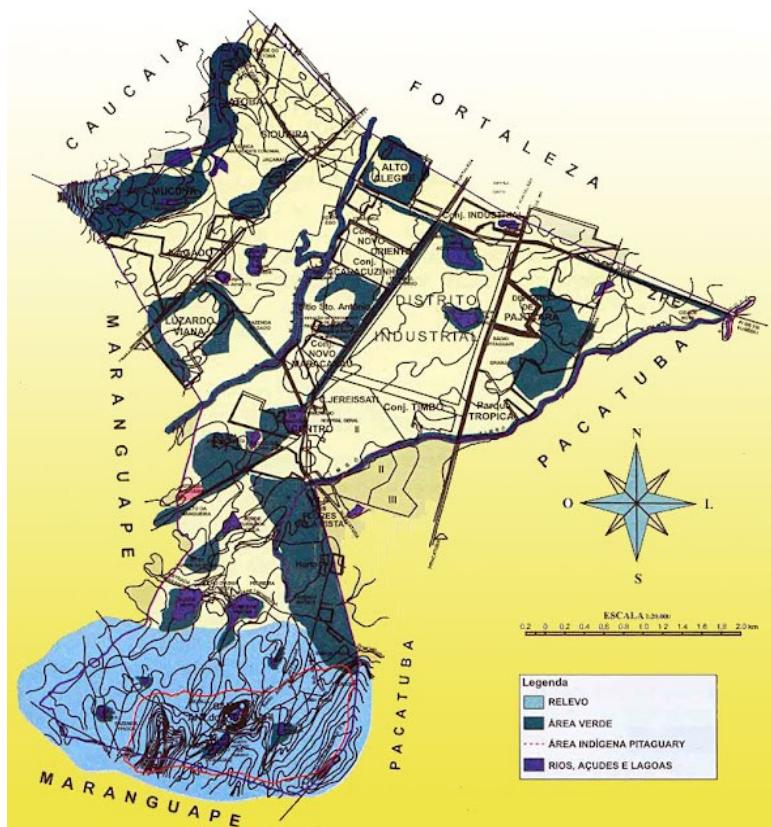
4 MARACANAÚ SUA HISTÓRIA E SEU SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O presente capítulo busca caracterizar o município de Maracanaú, bem como traçar um perfil do SUS e como este se estrutura no município. Para isso, apresentamos seu contexto histórico, social, político e econômico.

4.1 Um município próspero em uma região privilegiada pelo desenvolvimento industrial

Maracanaú possui uma história que remonta à época colonial e suas raízes indígenas. Sua etimologia, originária do Tupi, que significa “lugar onde bebem as maracanãs”, é associada às aves maracanãs e às lagoas que costumavam ser seu habitat na região. A emancipação política de Maracanaú em 1983 marcou um momento importante na sua trajetória, dando-lhe autonomia administrativa e reconhecimento como uma entidade municipal independente, antes distrito de Maranguape.

Figura 1 - Mapa de Maracanaú (Relevo e Hidrografia)



Fonte: Disponível no sítio do Museo Virtual de Maracanaú.

Localiza-se na região metropolitana de Fortaleza, especificamente a 13 km da Capital. Possui uma população de 234.509 habitantes (IBGE, 2022), com área territorial de 105,071 km². Distando, aproximadamente, 22 km da capital Fortaleza, faz divisa com Caucaia, Itaitinga, Fortaleza, Maranguape e Pacatuba. O município, possui o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Ceará, ficando abaixo apenas da Capital cearense – Fortaleza (IBGE, 2022).

Figura 2 – Maracanaú na Região Metropolitana



Fonte: Disponível no sítio do Museu Virtual de Maracanaú.

Em 1648 no Ceará, após conflitos com habitantes nativos, portugueses e holandeses na época da colonização do Ceará, os índios Potiguaras foram obrigados a sair do litoral e ir para margens do Rio Maranguapinho e da Lagoa do Centro de Maracanaú, Lagoa do Jaçanáu e Lagoas da Pajuçara, onde formaram Aldeias que originariam mais tarde as Aldeias de Caucaia e a Aldeia Nova de Pitaguary.

No ano de 1760, surgiram as primeiras moradias no município. Os habitantes se sustentavam da pesca, caça e agricultura. Em 1874, foi inaugurada a Capela de

São José, sendo a Paróquia de Nossa Senhora da Penha, em Maranguape. Em 1875, houve a chegada da ferrovia. Neste mesmo ano foi inaugurada a estação ferroviária em Maracanaú, sendo um momento muito importante para o processo de urbanização do povoado. Em 6 de maio de 1882, o povoado se tornou Vila do Santo Antônio do Pitaguary, sendo habitada pelos índios Pitaguarys e com o trânsito ferroviário dando abertura à população não indígena.

Em 1906, Maracanaú tornou-se Distrito de Maranguape. Foram criadas algumas instituições públicas como o Instituto Carneiro de Mendonça – Escola de Menores Abandonados e Delinquentes de Santo Antônio do Pitaguary. Em 1936, este Instituto ficou conhecido como “Santo Antônio do Buraco”, a Instituição era regida por padres com os princípios da disciplina, moral e trabalho.

Em 1966, a implementação do Plano Diretor do Primeiro Distrito Industrial do Ceará em Maracanaú, e, marcou um ponto crucial no desenvolvimento industrial não apenas do município. Ao longo dos anos, o distrito industrial de Maracanaú cresceu e se consolidou como um importante polo industrial na região Nordeste do Brasil.

Com uma infraestrutura adequada e incentivos para atrair investimentos, o distrito industrial de Maracanaú se tornou o principal centro industrial do estado do Ceará. A presença de diversas empresas e indústrias em diferentes setores contribui significativamente para a economia local, gerando empregos, renda e impulsionando o desenvolvimento socioeconômico da região.

Além disso, a arrecadação de impostos provenientes das atividades industriais em Maracanaú constitui fator crucial para o município. O fato de Maracanaú estar entre os municípios com as maiores arrecadações do Ceará destaca a importância econômica e fiscal deste centro industrial para a região e seu papel como um dos principais polos industriais do Ceará revela seu papel fundamental para impulsionar o crescimento e a prosperidade da região.

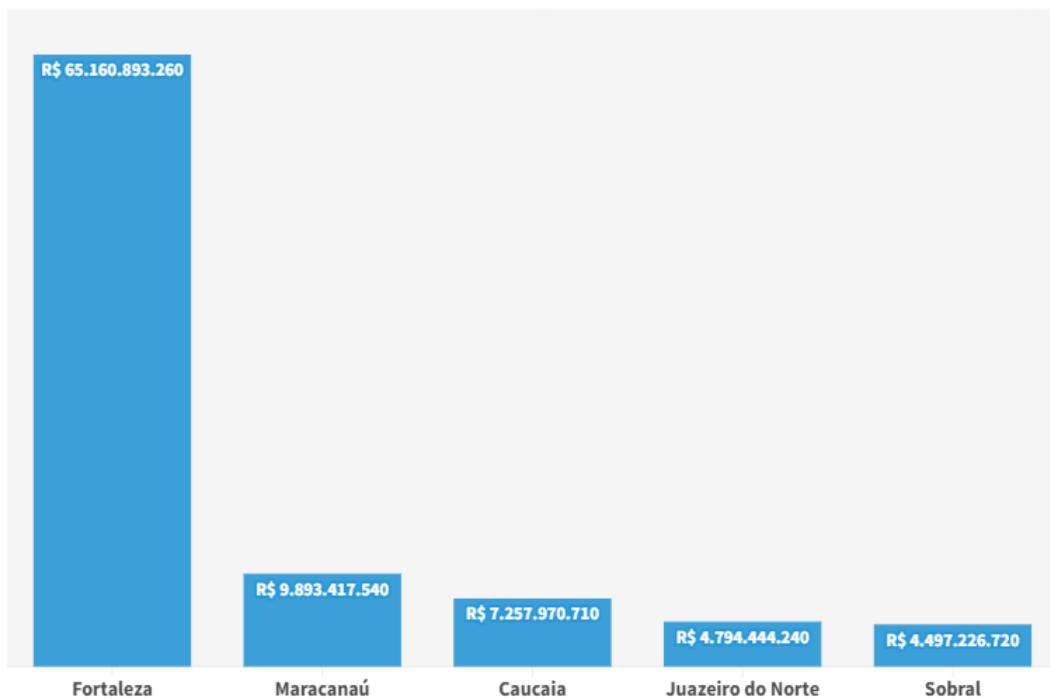
O Distrito de Pajuçara foi criado com seus bairros, estabelecendo os limites e sendo anexado ao município. A cidade de Maracanaú tem crescido e se desenvolvido bastante nos últimos anos. Foram construídas rotatórias, shoppings, novas indústrias, supermercados, novos conjuntos habitacionais, condomínios residenciais de alto padrão, hotéis, quadra poliesportiva coberta, estádio, praças e diversos equipamentos de lazer e cultura. Alargaram avenidas; instalaram ciclovias, ciclofaixas, estação de metrô; e reformaram e inauguraram escolas, abriram centro universitário, Instituto

Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), dentre outras ações importantes para a história de Maracanaú.

A localização privilegiada de Maracanaú, próxima à capital e com acesso facilitado às principais rodovias estaduais, desempenha um papel crucial no desenvolvimento econômico do município. Essa proximidade com Fortaleza e a sua infraestrutura viária favorecem a chegada de empresas, profissionais e mão de obra qualificada, impulsionando a atividade industrial e o setor de serviços.

O comércio e a indústria, são os pilares da economia local, atraindo uma variedade de serviços para Maracanaú. Agências bancárias, repartições públicas, shoppings centers e empresas de pequeno e médio porte encontram no município um ambiente propício para se estabelecerem e prosperarem. O setor industrial e de serviços são preponderantes para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), que o classifica em 2º lugar dentre os municípios do Estado do Ceará, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 - PIB Maracanaú (2020)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus (Suframa) – 2020.

No gráfico acima, observamos o município em 2º lugar, sobre isso consta no documento do IBGE (2021, p.n) que,

Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 53.410,24. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 3 de 184 entre os municípios do estado e na 823 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2015 era de 77,2%, o que o colocava na posição 167 de 184 entre os municípios do estado e na 4046 de 5570. Em 2017, o total de receitas realizadas foi de R\$ 724.429,98 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 657.108,1 (x1000). Isso deixa o município nas posições 2 e 2 de 184 entre os municípios do estado e na 116 e 113 de 5570 entre todos os municípios.

A economia, voltada para o setor industrial coloca o município em 4º lugar entre os municípios cearenses, segundo IBGE (2021), limitando-se à posição 137º no que tange à agropecuária, ou seja, insignificante para a economia municipal.

Em 1972, a inauguração da Ceasa/CE teve um impacto significativo no desenvolvimento econômico de Maracanaú e da região circundante. Essa central de abastecimento não apenas fornece uma infraestrutura essencial para a distribuição de produtos agrícolas, mas também atrai comerciantes e consumidores de municípios vizinhos, criando um importante centro de comércio e movimentando a economia local.

Em 16 de dezembro de 1984, ocorreu a primeira eleição municipal, com a eleição de Almir Dutra, assassinado em 27 de fevereiro de 1987, assumindo o interventor Alfredo Marques, que governou até outubro de 1988, quando é substituído pelo então vereador Anastácio Soares Lima (Presidente da Câmara Municipal de Maracanaú).

Em outubro de 1988, Júlio César Costa Lima foi eleito o novo Prefeito de Maracanaú, governando entre os anos de 1989 e 1992. Em 1993 o prefeito Antônio Correia Viana Filho assume a gestão municipal, no entanto renúncia no ano seguinte, assumindo Dionísio Brochado Lapa Filho. Júlio César venceu o novo pleito municipal e ficou na gestão de 1997 a 2004.

Em 2004, Roberto Pessoa foi eleito o novo prefeito de Maracanaú e ficou de 2005 a 2008, sendo eleito para o 2º mandato, de 2009 a 2012. A aliança política firmada entre Roberto Pessoa e Firmino Camurça garantiu a liderança municipal dessa oligarquia de 2013 a 2020 com eleição e reeleição de Firmino Camurça. Nas últimas eleições municipais, a oligarquia Pessoa-Camurça se manteve no poder, assumindo a prefeitura Roberto Pessoa.

4.2 Da assistência à saúde ao longo da história do município

Maracanaú, ainda distrito de Maranguape, era conhecido em relação à saúde no Estado do Ceará, por sediar o leprosário Antônio Justa, inaugurado em 1941 que abrigava os portadores de lepra e o Sanatório de Maracanaú, inaugurado em 1952, que tratava pessoas com tuberculose.

Após sua emancipação, o sistema de saúde do jovem município na década de 1980, era formado por médicos-assistencialistas que exerciam suas funções em equipamentos precários como

o Hospital de Maracanaú, o Hospital de Dermatologia Sanitária Antônio Justa, um Posto de Saúde da Prefeitura de Maranguape, um consultório médico e um consultório odontológico credenciados pelo Inamps. Em Pajuçara, havia o ambulatório do Ceasa, um Posto de Saúde de Maranguape, o Hospital e Maternidade João Carvalho, a Fundação Educacional João Nunes e o consultório médico da Farmácia São Sebastião. No Mucunã, existia um Posto de Saúde da Prefeitura e, na localidade Carneiro de Mendonça, funcionava a Cidade Hortigranjeira Juvenil do Olho D'água do Pitaguary (Barbosa, 2004, p. 185).

No ano de 1986, o município organizou um evento de escolha de representantes formados por representantes comunitários, profissionais de saúde e autoridades para participarem da 8^a CNS, conferência essa que resultou na criação do SUS.

Fotografia 1 - Participantes de Maracanaú da 8^a CNS (1986)



Fonte: Barbosa (2004, p. 192).

A 8^a CNS foi um movimento de discussão em busca da ruptura com o sistema de políticas públicas de características autoritárias diante de um longo período de lutas de movimentos sociais validado, naquele momento, pela conjuntura de nascimento de uma Nova República. Essa conferência deu origem a vários documentos basilares encomendados pela comissão organizadora a técnicos e pessoas renomadas nesta área, resumindo a nova forma de se pensar naquele momento. Os representantes de Maracanaú, definiram como pontos positivos:

[...] a redefinição do papel da política nacional de saúde; a questão social passou a ser prioritária; a acessibilidade de todos os cidadãos aos serviços de saúde sem discriminação; reorganização do Sistema Nacional de Saúde; diversificação das fontes tributárias, retirando toda a responsabilidade da receita do trabalhador, passando a ser retirada do capital ampla participação popular, privilegiando as opiniões da sociedade civil; 8.^a Conferência apontou na direção de uma ampla Reforma Sanitária e fez sérias críticas ao modelo de política de saúde vigente; sugeriu a criação de um Sistema Único de Saúde; colocou-se claramente que somente as boas intenções não garantiriam que tudo que foi sugerido acontecesse, era necessário que o movimento social organizado ganhasse força política; formação de grupos para debates de aprofundamento dos temas específicos (Barbosa, 2004, p. 194).

Ao retornarem da conferência, Maracanaú, ficaram com a responsabilidade de repassar aos municípios vizinhos as deliberações do evento, incluindo a organização para aplicação da Reforma Sanitária. Em 1986, o município recebeu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária sob chefia da enfermeira Yolanda Arango (representante da Organização Pan-Americana da Saúde) que orientou, a partir de constatações a respeito da falta de prestação de serviços de saúde, da pobreza da maioria das pessoas e a taxa de mortalidade ser maior que em Fortaleza, “a criação da Região de Saúde, definida como um modelo funcional composto por distritos sanitários de saúde, hospitais e centros de saúde com um plano e comando único, capaz de atender aos problemas de saúde” (Barbosa, 2004, p. 196).

À época, a organização administrativa municipal era carente em relação à organização, planejamento e realização de serviços a partir de um Sistema Único, frutos de uma falta de intencionalidade e de um fragmentado serviço de atendimento de saúde. “Os profissionais de saúde eram orientados fundamentalmente para entender o problema da saúde como o estudo da enfermidade, oferecer serviços curativos apesar de desenvolver serviços preventivos, trabalhar individualmente, sem valorizar o trabalho de equipe e interpretar dados de maneira geral com pouca análise crítica (Barbosa, 2004, p. 196).

Mesmo diante de toda limitação, Maracanaú buscava condições para municipalizar a saúde, para isso algumas etapas foram necessárias, como por exemplo:

Diagnóstico da Situação de Saúde de Maracanaú – foi elaborado em 1988, em parceria com representantes da Secretaria de Saúde de Maracanaú e equipe do Centro de Referência do Hospital de Maracanaú (enfermeira Francisca Maria Moura Campos, enfermeira Anilda Maria Brito Cysne, assistente social Maria Abreu Barbosa e o médico José Uéleres Braga); Projeto de Lei sobre finalidade, competência e estrutura organizacional da Secretaria de Saúde de Maracanaú em 1989; Projeto de Lei n.º 236, de 30.12.91, que criou o Fundo Municipal de Saúde de Maracanaú; Decreto n.º 78-A, de 7.11.89, que proporcionou a criação do Conselho Municipal de Saúde de Maracanaú; Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Maracanaú em 17.12.91 (Barbosa, 2004, p. 204).

Em 1987, após a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), promulgado por Decreto Federal e uma das estratégias para a criação do SUS, “tendo como proposta promover a descentralização das ações e serviços de saúde, foi incentivada a municipalização e a distritalização (Barbosa, 2004, p. 205). Com a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), o município buscou a promoção, recuperação da saúde e a descentralização político-administrativa. Na década de 1990, o então presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992), seguindo a perspectiva neoliberal, deu início às privatizações com a justificativa de diminuir os gastos públicos.

As propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada. A lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das políticas e práticas governistas. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pela privatização interna. Isto porque o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e gratuidade dos serviços sociais (Menezes, 2011, p. 2).

Essas medidas de recessão refletiram diretamente no quadro de contratação dos funcionários de saúde, o que precarizou ainda mais um serviço que já enfrentava dificuldades, causando uma série de insatisfações locais de repercussão na mídia estadual. Em 1991, foi criado o Fundo Municipal de Saúde por meio da Lei nº 236 (Brasil, 1991), de 30 de dezembro para recebimento de repasse do Governo Federal e, assim, gerar condições de melhoria da saúde coordenadas pela Secretaria de Saúde do Município.

Nas próximas décadas, com o crescimento da população, a saúde foi se ajustando, mesmo que de forma precária e lenta, às demandas da população com

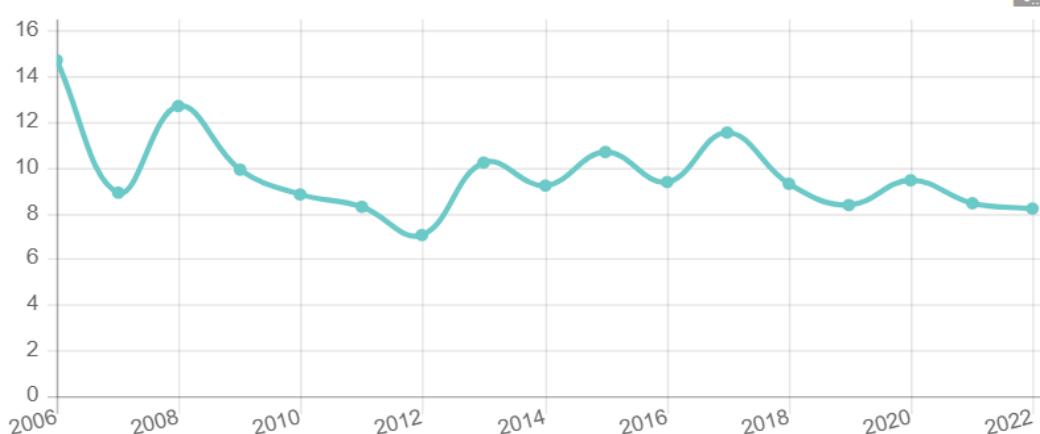
prestação de serviços ambulatorial e hospitalar e com a criação de políticas públicas voltadas para o atendimento dos que o buscam, como a continuação dos serviços de assistência médica sanitária, uma política de gestão para um melhor aproveitamento do dinheiro público, ampliação de equipamentos de saúde, contratação de pessoas para que a crescente população tivesse acesso a um serviço de saúde de qualidade.

Em relação a taxa de mortalidade infantil, Maracanaú, segundo o último censo, possui média na cidade de 8.36 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 136 de 184 e 151 de 184, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3473 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente.

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que deve ser levado em consideração por refletir as condições de vida e saúde de uma população. “Está relacionada aos determinantes biosocioculturais e assistenciais, e a sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde” (Loyola, 2018, p. 3).

No entanto, a partir do gráfico abaixo, podemos ver a queda desses índices no município, frutos de uma complexa atuação em diversas vertentes, uma vez que para diminuir a mortalidade se deve à políticas públicas de saúde, educação, planejamento, assistência, já que esse índice é utilizado para “contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento econômico da população; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde o parto e a proteção da saúde infantil” (Loyola, 2018, p. 4).

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade em Maracanaú (Unidade: óbitos por mil nascidos vivos)



Fonte: IBGE (2023).

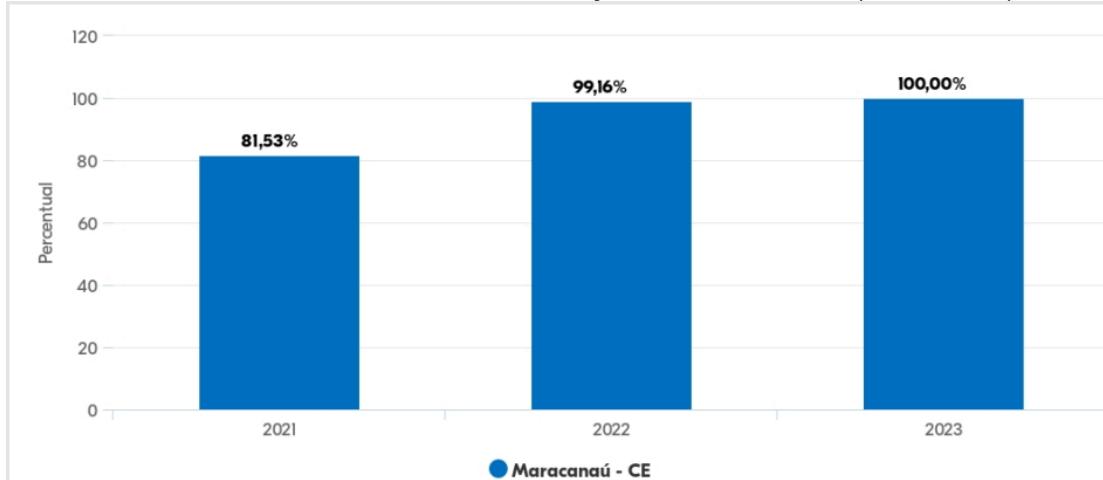
A série histórica com a queda na taxa de mortalidade indicada no gráfico acima, mostra que Maracanaú diminuiu a taxa de mortalidade infantil. Podemos constatar que, para a segunda maior renda estadual, o município não consegue elevar sua colocação, o que apresenta a existência de uma fragilidade e desafios a serem enfrentados quanto à saúde. “Variações nas taxas de natalidade demonstram que, na maioria de causas de morte, há um gradiente social no morrer. As taxas tendem a aumentar na medida em que as condições sociais pioram” (Travassos, 1997, p.n).

A Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se por ser o primeiro contato com o SUS. Por meio de ações e serviços integrados, a APS promove, ações educativas com a comunidade atendida, com o objetivo de prevenir e promover a saúde, dessa forma muitos atendimentos são evitados no ambiente hospitalar. Profissionais de diversas áreas trabalham de forma interdisciplinar, em parceria com a comunidade, visando proporcionar um cuidado humano e respeitoso.

A APS de Maracanaú se caracteriza por um número de Unidades Básicas de Saúde coexistindo com o modelo ESF. Em 2022, a rede de básica conta com 29 estabelecimentos de Atenção Básica, sendo uma 27 Unidade de Saúde da Família (USF) e 02 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, com 65 equipes de ESF com cobertura potencial de cerca de 227.886 de pessoas (Maracanaú, 2022).

Em 2023, a mesma rede conta com 29 estabelecimentos de Atenção Básica, sendo uma 27 Unidade de Saúde da Família (USF) e 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) Indígenas, com 71 equipes de ESF com cobertura potencial de cerca de 230.986 de pessoas (Maracanaú, 2023). Segundo o site do Ministério da Saúde, cada ESF deve estar responsável pelo atendimento de até 4.000 pessoas. Tendo como base a população atendida de 2022 e 2023, é possível afirmar que Maracanaú, em 2022 com o número de atendimento de 227.886, precisaria de 57 ESF, no entanto o município possuía 65. Em 2023, com o número de atendimento de 230. 986, seria necessárias 58 equipes, contudo o município possui 71 equipes. Não obstante, esse tipo de atendimento, está progressivamente aumentando seu percentual de atendimento, como podemos acompanhar nos gráficos abaixo.

Gráfico 3 - Percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde (2021 - 2023)



Fonte: Relatório da Primeira Infância em Maracanaú - Fundação Maria Cecília Souto.

O Município de Maracanaú dividiu os postos municipais por proximidade geográfica e demográficas para descentralizar o atendimento, dessa forma se organizou em 6 Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA), assegurada pela Lei municipal nº 561 (Maracanaú, 1997). Cada AVISA possui em média 43.000 habitantes.

Quadro 2 – Divisão organizacional das Áreas de Vigilância à Saúde

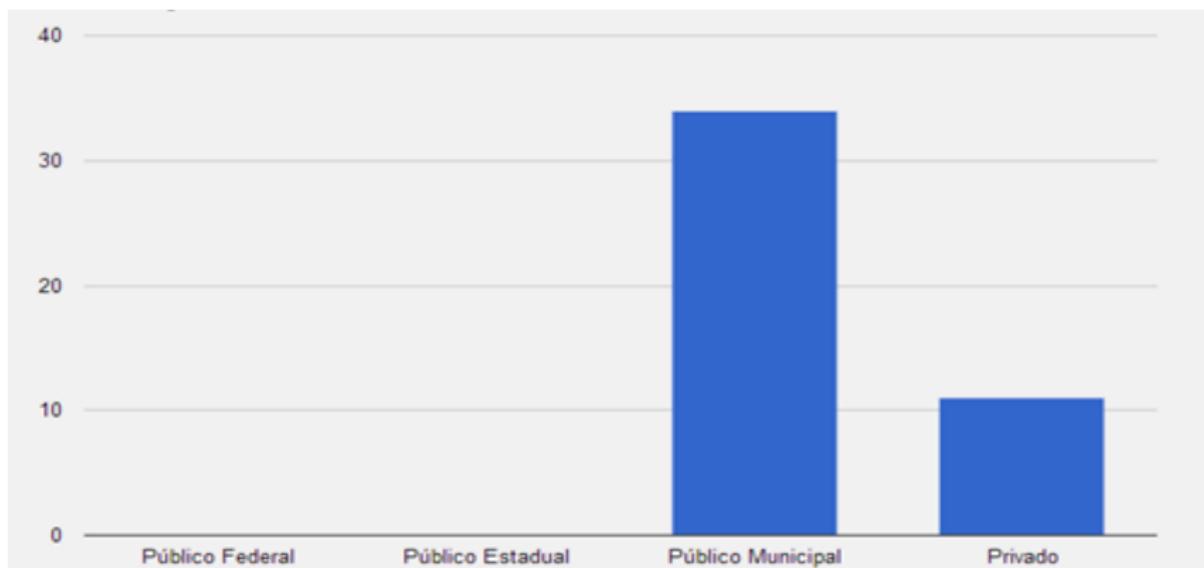
AVISA I	AVISA II	AVISA III
Manuel Celestino dos Anjos		Matheus Guilherme Lima
João Pereira de Andrade	Almir Dutra	Maria das Graças Maximiano
Vicente Severino Lima	Carlos Antônio Costa Pessoa Martins	João Batista dos Santos
Luíza Targino da Silva		Maria Nazaré de Oliveira Silva
Raimundo Martins de Sousa		
Polo Indígena	Elias Boutala Salomão	
Dona Joaquina Vieira		
AVISA IV	AVISA V	AVISA IV
Senador Fernandes Távora	Juarez Isaías Araújo	Tenente Ivaldo Silva
Enf ^a Isabel Bonfim	Flávio Belisário de Sousa	Alarico Leite
	Aparício Bezerra	Jaçanaú
Parceiros do Bem	Engelberto Moura Cavalcante	Francisca Fátima da Rocha Freitas
Luís de Queiroz Uchôa	Maria José Carvalho de Andrade	José Teodósio
	Maria Heleny Matos Brandão	

Fonte: Maracanaú (2021, p. 34).

A atenção secundária de saúde em Maracanaú compreende uma variedade de serviços e unidades especializadas que oferecem cuidados mais complexos e especializados à população. Isso inclui hospitais, clínicas especializadas, centros de diagnóstico e tratamento, ambulatórios e serviços de urgência e emergência. O objetivo da atenção secundária é realizar diagnósticos mais precisos, tratamentos especializados e acompanhamento de doenças e condições de saúde que exigem cuidados avançados. Esses serviços são organizados de forma complementar à atenção primária, garantindo uma rede de assistência integral à saúde da população em Maracanaú (Maracanaú, 2023, p. 17).

Em relação aos estabelecimentos de atendimento à saúde, o município encontra-se em uma situação privilegiada comparado à realidade do Estado do Ceará com 34 estabelecimentos municipais e 11 privados, como é visualizado no Gráfico 3.

Gráfico 4 – Serviços de Saúde em Maracanaú (2020)



Fonte: IBGE (2020).

A cidade conta para o atendimento da população com uma rede própria e com prestadores de serviços conveniados de um sistema de equipamentos filantrópicos e privados que oferecem atendimentos médicos e especializados. Abaixo estão as informações dos principais prestadores e os serviços que oferecem: urgência e emergência em Traumatologia; Exames e Tratamento em Nefrologia (Hemodiálise); Consultas Oftalmológicas e Fisioterapia; Exames de Imagens; Consultas em Oftalmologia e Reabilitação Visual e Intelectual; Cirurgias Gerais e Ginecologia Obstétrica; Obstetrícia, Exames de Imagens e Laboratórios; e com encaminhamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e por agendamento através do sistema de

gerenciamento da Secretaria de Saúde, com horários e datas definidos (regulação) (Maracanaú, 2023).

A secretaria de Saúde é responsável por coordenar as políticas públicas municipais, como por exemplo, Coordenadoria da Atenção Básica de Saúde, Vigilância à Saúde, Controle de Endemias, Zoonoses, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, SOS Maracanaú, Saúde Mental e Central de Abastecimento Farmacêutico, além do

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS I), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), o Centro Integrado de Reabilitação de Maracanaú (CIRM), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o SOS Maracanaú 156, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Municipal), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), o Centro de Testagem / Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS (CTA/SAE), Hospital Municipal João Elísio de Holanda e o Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa (Maracanaú, 2023, p. 17).

A partir do contexto acima, podemos perceber a complexidade do sistema de saúde em Maracanaú. Essa organização em Maracanaú, se deu antes da pandemia e permanece até hoje, sem alterações de equipamentos, no entanto, após a pandemia houve reformas nas estruturas físicas de diversos postos de saúde ainda insuficientes para atender a população.

5 A COVID-19: CONTEXTOS E DESAFIOS POSTOS PELA PANDEMIA

O presente capítulo apresenta o início da pandemia da Covid-19 em 4 esferas: mundial, nacional (Brasil), estadual (Ceará) e municipal (Maracanaú). Nesse sentido, procuramos contextualizar as ações de cada esfera supracitada para enfrentamento da pandemia.

5.1 Contexto Mundial e Nacional: os desafios postos pela pandemia da Covid-19 e suas especificidades no Brasil

Desde o final de dezembro de 2019, um surto de uma nova doença de coronavírus (COVID-19, causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave -SARS-CoV-2) foi relatado em Wuhan, China, e posteriormente afetou 26 países em todo o mundo. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto uma emergência de Saúde Pública. A mesma foi declarada uma pandemia em março por estar presente 113 países e com mais de 1 milhão de pessoas infectadas.

Figura 3 - Países, territórios e áreas com casos confirmados relatados de COVID-19 em março de 2020



Fonte: Khanna, *et. al.* (2020).

A Covid-19 é uma doença respiratória aguda, que apresenta uma taxa de mortalidade de 2% (Thiago; Souza, 2020; Rede Brasil, 2020). Diante do seu alto grau de contaminação e pela falta de imunidade da população mundial que, até então, nunca havia se deparado com um vírus tão contagioso, medidas de contenção foram tomadas com o intuito de retardar o tempo de alta do pico epidêmico, dentre elas:

- a) A lavagem constante de mãos com álcool, água e sabão;
- b) O uso de máscaras faciais;
- c) Os estabelecimentos de saúde são aconselhados a usar equipamentos de proteção individual (EPI) com máscaras de camada tripla ou máscaras N95 e educar a equipe sobre o descarte adequado do equipamento;
- d) Distanciamento social (mínimo de um metro) foi recomendado tanto em nível individual quanto comunitário;
- e) Após a detecção de casos: isolamento e rastreamento de contato de casos positivos, seguido de quarentena para os expostos;
- f) O fechamento de locais de aglomeração de pessoas e a suspensão de todos os eventos sociais;

Em países com pior taxa de infecção, foram adotadas medidas mais restritivas, como proibição de viagens, redução ou interrupção de voos internos e externos e fechamento de fronteiras; toque de recolher e bloqueio também são implementados (Khanna, et al., 2020, p. 68).

O coronavírus pode sobreviver em diferentes superfícies por muito tempo: plástico (72 horas), aço inoxidável (48 horas), papelão (24 horas) e cobre (4 horas). No que diz respeito à propagação por contato, o vírus pode ser efetivamente inativado pela desinfecção da superfície com álcool isopropílico a 70%, peróxido de hidrogênio a 0,5% ou hipoclorito de sódio a 0,1%.

O impacto da Covid-19 afetou fortemente a rotina mundial e podemos citar o setor de entretenimento como um dos mais afetados. Além disso, a economia sofreu fortes abalos pela quebra da cadeia de produção e distribuição, marcando o fim desse período de incertezas.

Ressaltamos que a Covid-19 chegou à América Latina em 25 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde do Brasil confirmou o primeiro caso da doença, um homem brasileiro, de 61 anos, que viajou de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para Lombardia, norte da Itália (Brasil, 2020). Devido à enorme desigualdade social, a

América Latina passa a ser o motivo de preocupação, especialmente nas áreas de extrema pobreza. “Concentração de renda e a segregação afeta diretamente a saúde e o bem-estar das populações que vivem nas cidades” (Sousa Filho *et al*, 2020, p. 2).

No Brasil, o primeiro caso foi identificado em São Paulo em fevereiro de 2020 e um mês depois a transmissão do vírus passou a ser considerada comunitária pelo Ministério da Saúde. Em julho de 2021, um número superior a 540 mil óbitos havia sido contabilizado, de acordo com o Ministério da Saúde (Painel Coronavírus, 2023).

Com os relatos dos primeiros casos em São Paulo e Rio de Janeiro, rapidamente a doença se espalhou pelo resto do país. Esse percurso de interiorização da Covid-19 causou um agravante no cenário vivido na época tendo em vista a situação precária de uma enorme parcela de cidades que não possuíam acesso à saúde e muito menos uma saúde de qualidade.

Diante do cenário aterrorizante, era cada vez mais urgente que medidas de contenção com o objetivo de retardar a velocidade crescente do número de infectados fossem tomadas. Infelizmente as medidas necessárias foram tomadas de forma parcelada e cercada de informações desencontradas. O SUS já em colapso não conseguia atender todos os casos diante da procura latente e oferta insuficiente (Fiocruz, 2020).

Santos (2021), destaca 3 fatores que afetaram a pandemia: i) grande desigualdade social que separa a população pelo seu poder aquisitivo; ii) relações público-privadas na prestação, oferta e acesso aos serviços; e iii) omissão do governo federal no enfrentamento da pandemia.

Ermínia (2003, p. 2) elenca outros fatores que também corroboraram para a velocidade da disseminação nacional, entre elas estão “a estrutura sociais e ambientais, como desigualdade de renda, pobreza, segregação e falta de acesso a cuidados de saúde adequados”. Concomitantemente, Tasca (2022, p. 17) afirma que

recentes publicações que analisaram a preparação e a resposta do SUS à Covid-19 demonstram que as desigualdades socioeconômicas definiram o curso da epidemia no País, diferentemente do que foi verificado em outros países, em que a doença afetou mais populações idosas e com doenças crônicas.

É certo que, na época, o governo brasileiro não possuía uma coordenadoria que ficasse à frente do enfrentamento da Covid-19. Estábamos com um governo que negava a pandemia e propagava informações que iam de encontro ao protocolo

seguido pelo resto do mundo. Enquanto isso, os estados e municípios estavam seguindo suas próprias orientações, aumentando ainda mais as desigualdades nacionais (Lima; Pereira; Machado, 2020). Presenciamos o crescimento do abismo econômico entre as classes. Como destacam Moreno e Matta,

Aqueles que carecem dos mecanismos de proteção social são invisibilizados e empurrados para os espaços das ausências e conformam, de fato, o principal grupo de risco da pandemia de COVID-19. Eles não podem ficar em casa – eles limpam e cuidam das casas das classes privilegiadas. Eles não têm o mesmo potencial de acesso a serviços de saúde e condições de cuidado que os representantes das categorias abastadas – eles cuidam dos doentes em casas de luxo, em hospitais públicos e privados, em casas de apoio. Eles não moram, não dormem, não comem, não se deslocam e não se higienizam como os de renda familiar suficiente. Aliás, muitos deles não têm renda familiar alguma (Moreno; Matta, 2020, p. 45-46).

Segundo Santos (2021), as regiões Norte e Nordeste foram as que mais apresentaram desigualdades e fragilidades durante a pandemia. Diante das reflexões supracitadas, voltaremos nossos olhares para a realidade regional a partir do nosso estado, Ceará, e, especificamente o Município de Maracanaú.

5.2 Contexto Estadual e o protagonismo do Governo local

Em fevereiro de 2020, foi identificado o primeiro caso de Covid-19 no Estado do Ceará. Dada a rápida expansão da nova doença, o isolamento social foi adotado como principal medida preventiva (Fiocruz, 2020).

O Estado do Ceará, antes mesmo da primeira confirmação de caso, já estava se preparando para esse momento inevitável. Para isso, o Hospital Leonardo Da Vinci foi aberto exclusivamente para pacientes futuramente contaminados.

Uma outra medida antecipada foi a criação do Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus, instituído pelo Decreto nº 33.509 (Ceará, 2020), para discutir todas as tomadas de decisões estaduais no que se referia ao assunto. Esse comitê era composto por “profissionais da Saúde, Segurança Pública, das Universidades Federal e Estadual do Ceará, do Tribunal de Justiça e Assembleia Legislativa, do Ministério Público Estadual, Federal e do Trabalho, da prefeitura de Fortaleza, dentre outros” (Brito, 2022, p. 51).

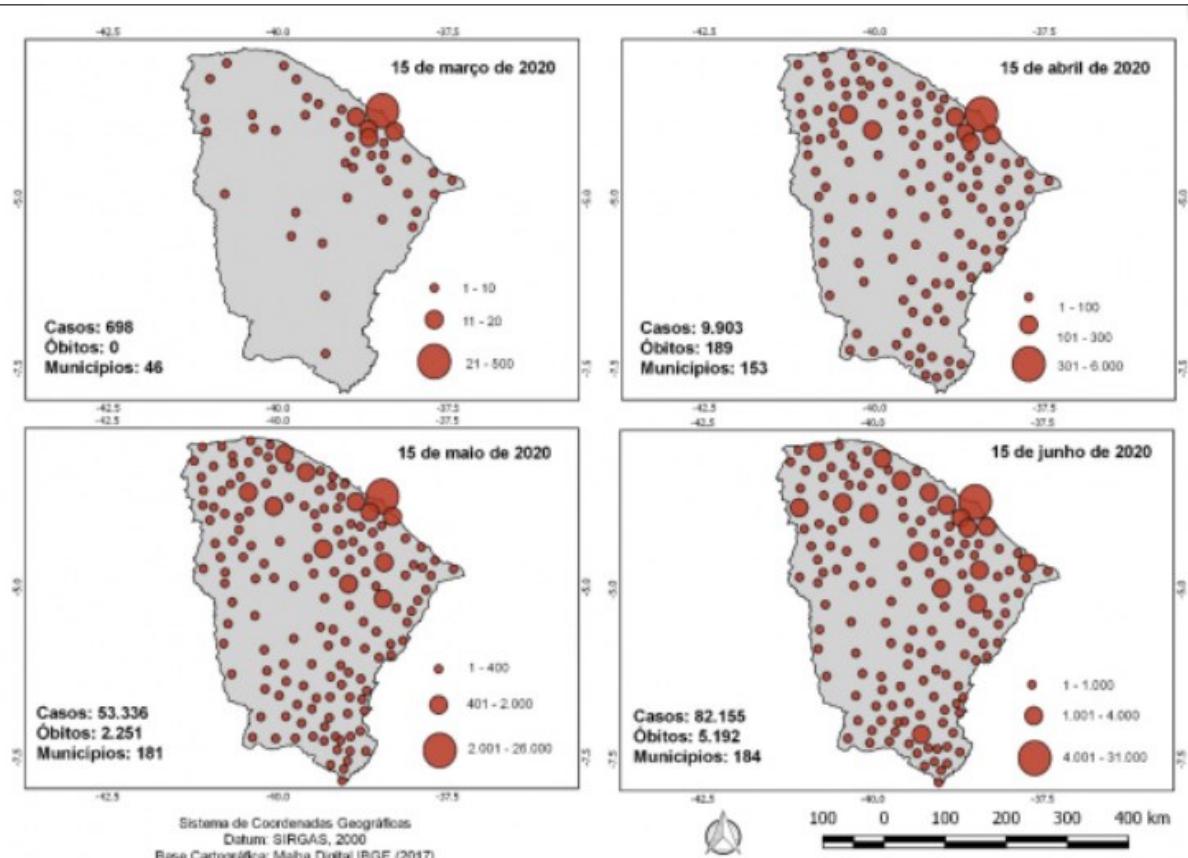
Situação semelhante ocorreu em Uberlândia com um comitê de enfrentamento de crise em que eram tomadas decisões periódicas publicadas em Decretos, notas técnicas e redes sociais “para mostrar gráficos, indicadores e letalidade com transparência” da Prefeitura daquela cidade (Tasca, 2022, p. 23).

Com a publicação do Decreto de nº 33.519, de 19 de março de 2020 (Ceará, 2020), que intensifica as medidas para o enfrentamento da infecção humana pelo novo Coronavírus. Nele, o Estado passou a adotar medidas mais duras buscando a contenção da propagação do vírus suspendendo, em todo território estadual o funcionamento de:

- I - bares, restaurantes, lanchonetes e estabelecimentos congêneres;
- II - templos, igrejas e demais instituições religiosas;
- III - museus, cinemas e outros equipamentos culturais, público e privado;
- IV - academias, clubes, centros de ginástica e estabelecimentos similares;
- V - lojas ou estabelecimentos que pratiquem o comércio ou prestem serviços de natureza privada;
- VI - "shopping center", galeria/centro comercial e estabelecimentos congêneres, salvo quanto a supermercados, farmácias e locais que prestem serviços de saúde no interior dos referidos dos estabelecimentos;
- VII - feiras e exposições;
- VIII - indústrias, excetuadas as dos ramos farmacêutico, alimentício, de bebidas, produtos hospitalares ou laboratoriais, obras públicas, alto forno, gás, energia, água, mineral, produtos de limpeza e higiene pessoal, bem como respectivos fornecedores e distribuidores (Ceará, 2020, online).

O Estado do Ceará foi uma referência nas medidas adotadas junto ao enfrentamento da Covid-19, tendo em vista que foi a “primeira unidade federativa a decretar oficialmente estado de emergência diante do risco de disseminação do Coronavírus e publicar decretos com orientações para o controle da doença” (Brito, 2022, p. 47).

Figura 4 - Evolução espaço-temporal dos casos de Covid-19 no Estado do Ceará (março a junho de 2020)



Fonte: Fernandes e Silva (2021).

O Ceará seguiu o padrão de propagação da doença semelhante ao restante do mundo e, na busca de retardar um colapso na saúde pública. As medidas de enfrentamento da pandemia foram um esforço conjunto, envolvendo não apenas o governo, mas também a participação ativa da população. No entanto, diante de uma doença com alto poder de propagação, o estado se tornou, após 30 dias do primeiro caso confirmado, o terceiro estado com maior número de infectados, causando um aumento da necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

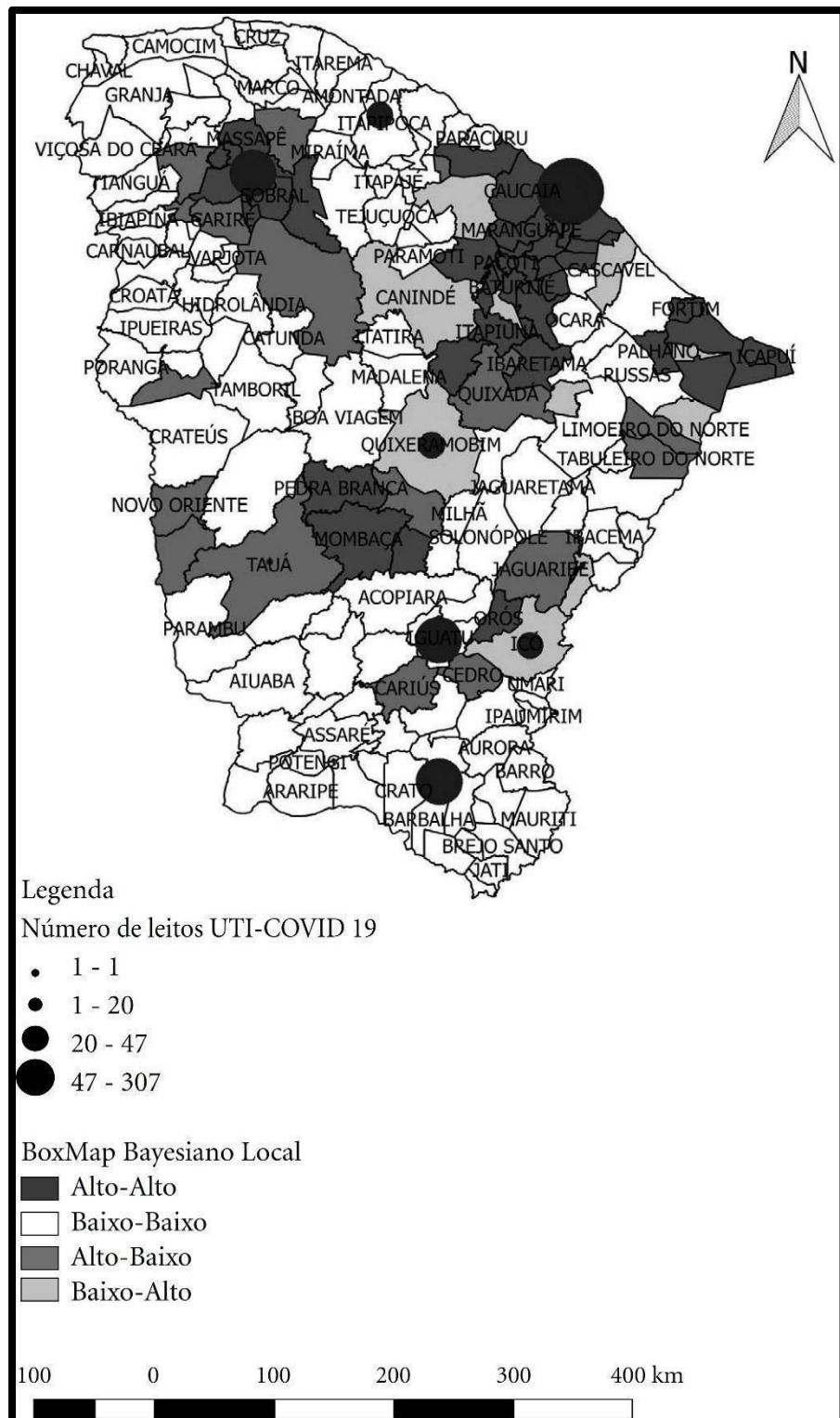
A taxa de transmissão do vírus corona sobrecarrega rapidamente qualquer sistema de saúde, deixando muitos pacientes infectados com condições pulmonares deterioradas sem nenhum tratamento, daí a necessidade de achatar a curva contaminada, impondo uma política drástica de distanciamento social (Silva, 2020, p. 578).

O Estado do Ceará, desde o início, buscou seguir todas as orientações da Organização Mundial de Saúde por não compactuar com o negacionismo do Governo Federal em relação à condução do enfrentamento da pandemia. Como uma forma de dar uma maior autonomia a Estados e municípios, o Supremo Tribunal Federal (STF) considerou “que os estados e os municípios têm competência concorrente para atuar em questões sanitárias e podem estabelecer medidas restritivas para combater a pandemia sem aval do governo federal” (Lui *et al.*, 2021, p. 3), dessa forma buscou empoderar as entidades para suas tomadas de decisões, mesmo indo de encontro ao Governo Federal”.

A postura do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, diante da pandemia estimulou a descoordenação de ações e o envio de mensagens contraditórias relativas às ações de controle do patógeno (Abrucio *et al.*, 2020; Pereira, Oliveira e Sampaio, 2020; Sodré, 2020 *apud* Lui *et al.*, 2022, p. 4)

Mesmo assim, o inevitável aconteceu e a doença se alastrou, tornando a quantidade de leitos de UTI insuficientes para a demanda avassaladora.

Figura 5 - Coeficiente de detecção de casos de Covid-19 por município e distribuição do número de leitos de UTI-COVID19 no Ceará (2020)



Fonte: Pedrosa e Albuquerque (2020).

Urge salientar que as UTIs desempenharam um papel crucial no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Essas unidades eram responsáveis por

fornecer cuidados intensivos a pacientes que apresentam quadros graves da doença, necessitando de suporte ventilatório, monitoramento contínuo e tratamentos especializados.

Durante a pandemia, a demanda por leitos de UTI aumentou significativamente, no Estado do Ceará, devido à gravidade dos casos de Covid-19, conforme demonstrado na Figura 3. Os pacientes com a forma grave da doença desenvolveram insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica e outros cuidados intensivos. Os funcionamentos das UTIs na Covid-19 envolviam uma série de medidas, como:

- a)** Expansão da capacidade: Os hospitais trabalharam para aumentar o número de leitos de UTI disponíveis, por meio da ampliação física das unidades ou adaptação de outros espaços para atender às necessidades dos pacientes;
- b)** Equipamentos e insumos: As UTIs precisavam estar equipadas com ventiladores mecânicos, monitores, bombas de infusão e outros equipamentos necessários para o suporte vital dos pacientes. Além disso, foi fundamental garantir, o máximo possível, o abastecimento de insumos, como medicamentos sedativos e bloqueadores neuromusculares;
- c)** Equipe especializada: As UTIs contavam com profissionais de saúde, como médicos intensivistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas respiratórios e outros profissionais que ao mesmo em que treinavam, executavam os procedimentos característicos para lidar com os desafios específicos da Covid-19;
- d)** Protocolos e diretrizes de tratamento: Existiam diretrizes e protocolos específicos para o tratamento de pacientes com Covid-19 em UTIs, que eram atualizados de acordo com as evidências científicas mais recentes. Esses protocolos visavam garantir o melhor atendimento possível e a padronização dos cuidados;
- e)** Medidas de prevenção e controle de infecções: Foi essencial adotar medidas rigorosas de prevenção e controle de infecções nas UTIs, para evitar a disseminação do vírus entre os pacientes e a equipe de saúde. Isso incluiu o uso adequado de equipamentos de proteção

individual (EPIs), higienização das mãos, desinfecção de equipamentos e superfícies, entre outras medidas.

Santos (2021) aponta - como desafio significativo no Nordeste - a baixa infraestrutura de recursos, destacando as dificuldades decorrentes das distâncias até os locais com maior infraestrutura. Isso se reflete na distribuição dos casos e dos leitos de UTI no Estado do Ceará. A falta de acesso a serviços médicos adequados devido à distância pode agravar ainda mais a situação em áreas com pouca infraestrutura, especialmente em momentos de crise, como pandemias. Essa disparidade na distribuição de recursos de saúde pode contribuir para desigualdades no atendimento e na capacidade de resposta a emergências de saúde pública.

É importante destacar que as UTIs eram recursos limitados “os recursos necessários finitos, como leitos hospitalares, leitos de UTI, número de profissionais de saúde qualificados, ventiladores, respiradores, entre outros. Essa situação impõe um limite para o número de pacientes que podem ser tratados” (Silva, 2020, p. 579). Portanto, foi de fundamental importância que a população seguisse as medidas de prevenção, como o uso de máscaras, o distanciamento social e a higienização das mãos, para reduzir a transmissão do vírus e evitar a sobrecarga do sistema de saúde.

Nesse contexto de incertezas e, por vezes, negacionistas, a gestão estadual assumiu um papel essencial na condução desse momento nunca vivido mundialmente. Medidas não muito populares foram adotadas, estratégias emergenciais foram tomadas, mesmo que de forma experencial, reverberou em um cenário turbulento e inédito que nos exigiu um poder de adaptação e esperança de que passaríamos por esse período.

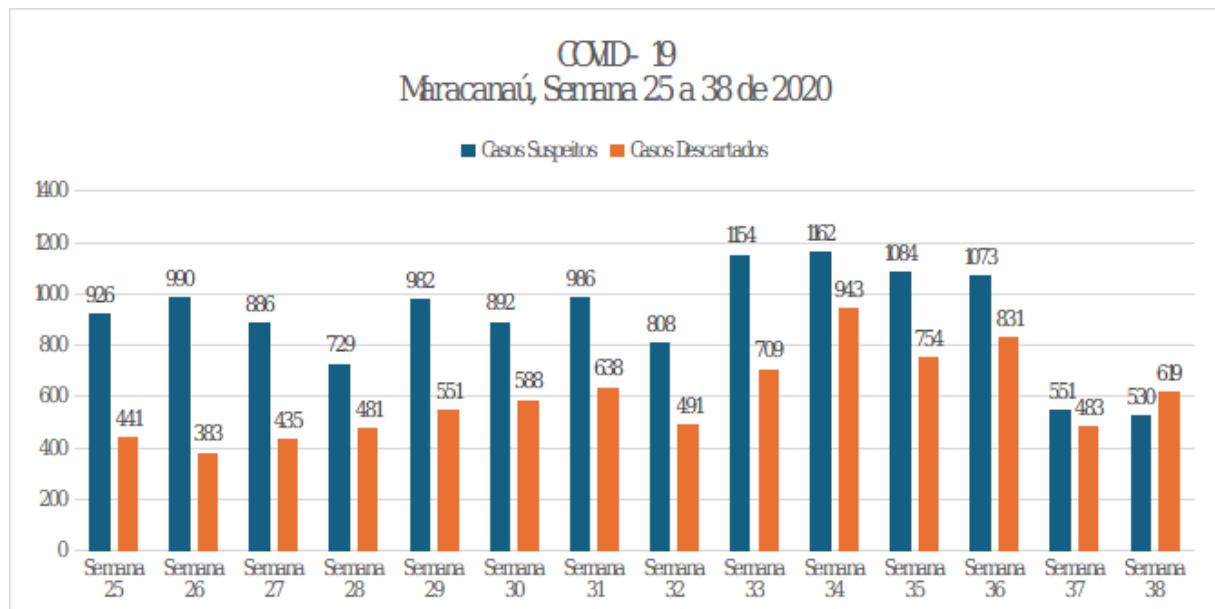
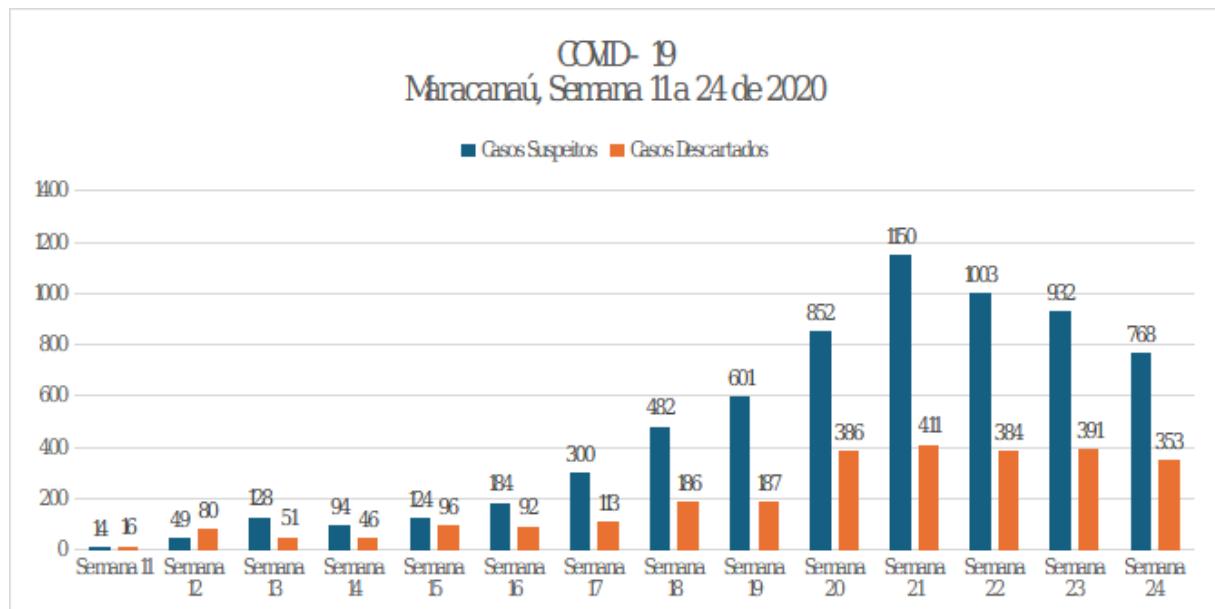
5.3 Maracanaú e a Pandemia

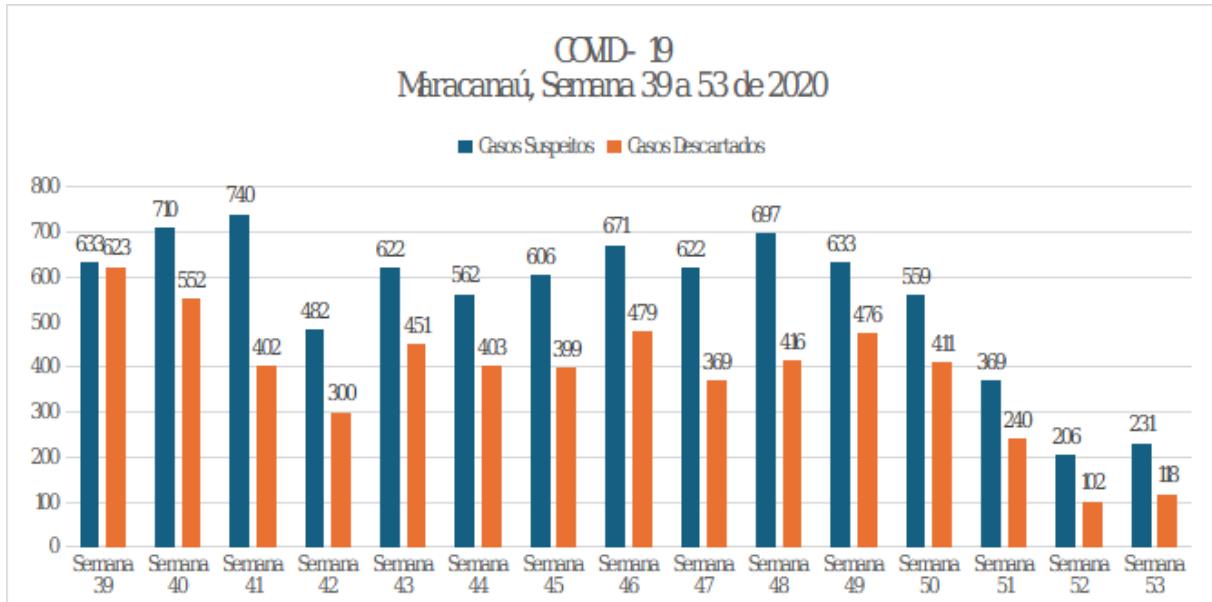
Em 2020, com a circulação endêmica de diferentes vírus respiratórios, novos cenários epidemiológicos foram identificados no município de Maracanaú. Houve o aumento da detecção de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por diversas etiologias e de casos confirmados para influenza, o que evidenciou a maior circulação do vírus neste período se comparado com anos anteriores. Assim, o processo de vigilância, desde a notificação, investigação e análise do perfil epidemiológico, além do manejo clínico adequado do paciente e ações de bloqueio quimioterápico dos

contatos, quando necessário, foram enfatizados e intensificados pelos profissionais de saúde e gestores do município.

De acordo com dados do Relatório de Gestão Anual (Maracanaú, 2021), foram notificados casos de SRAG nos anos de 2016, 02 casos; 2017, 07 casos; 2018, 49 casos; 2019, 28 casos e 2020, 972 casos.

Gráfico 5 - Números de casos **Suspeitos e Descartados** por COVID-19. Maracanaú/CE, setembro a dezembro de 2020, por semana Epidemiológica

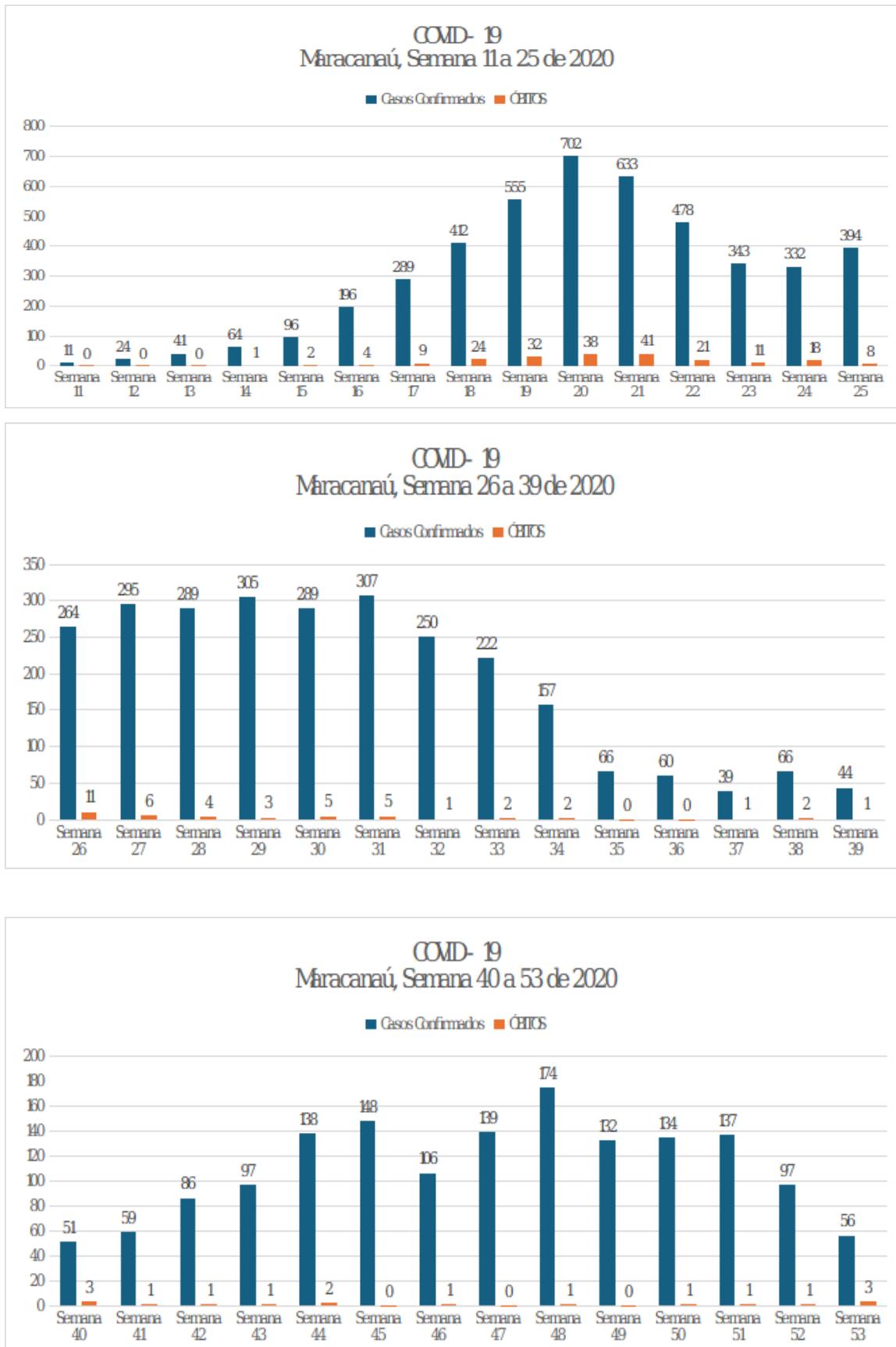




Fonte: Maracanaú (2020, p. 27-28).

É possível perceber o aumento exponencial de casos notificados em 2020, início da pandemia. Nesse período houve muitos pacientes internados. Com o objetivo de atender essa demanda o Governo do Estado instalou leitos em parte do estacionamento do Hospital municipal de Maracanaú para atender essa crescente demanda. Esse tipo de estrutura foi de grande importância diante do número de casos no município e tem uma instalação rápida e segura, uma vez que apresenta características de “construção rápida, pois apenas adapta outras grandes estruturas físicas; escala maciça do sistema de saúde, uma vez que aumenta muito rapidamente a capacidade de assistência à saúde e o baixo custo de operação dessas instalações” (Silva, 2020, p. 582).

Gráfico 6 - Números de casos **Confirmados e com Óbitos** por Covid-19 Maracanaú/CE, janeiro a dezembro de 2020, por semana Epidemiológica



Fonte: Maracanaú (2020, p. 29-30).

A partir dos gráficos expostos anteriormente, é perceptível observar que, mesmo com uma quantidade alta de casos confirmados, o município não apresentava um elevado número de mortos. Em Maracanaú, inicialmente, configurou-se um quadro de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com Covid-19 (cerca de 80%) eram assintomáticos e cerca de 20% dos casos necessitavam de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos, aproximadamente 5% demandavam suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório).

No Município, até o dia 31 de agosto de 2020, foram notificados 14.650 casos suspeitos, 5.570 (38,0%) casos positivos, 7.431 (50,7%) casos descartados e 196 (1,33%) óbitos. Para todos os casos confirmados, o critério utilizado é o laboratorial, todos os casos confirmados tiveram a realização de Coleta de Swab (PCR) e Teste Rápido (Anticorpo). Para avaliação do caso foram usados as Definições de Caso Suspeito de acordo com os Boletins do Governo do Estado do Ceará, obedecendo a cada atualização.

Tendo em vista, as orientações estaduais, o município adotou medidas de prevenção e controle, como:

- 1) Recomendando práticas de higiene pessoal (lavagem das mãos com água e sabão por, pelo menos 20 segundos ou com desinfetante a base de álcool);
- 2) Ficar em casa quando doente;
- 3) Evitar contato próximo com as pessoas;
- 4) Cobrir mão e nariz ao tossir ou espirrar;
- 5) Limpar ou desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;

As medidas não farmacológicas visavam reduzir a transmissibilidade do vírus na comunidade e, portanto, retardar a progressão da epidemia, uma vez que não havia vacina para a Covid-19. Ações como essas tinham o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico.

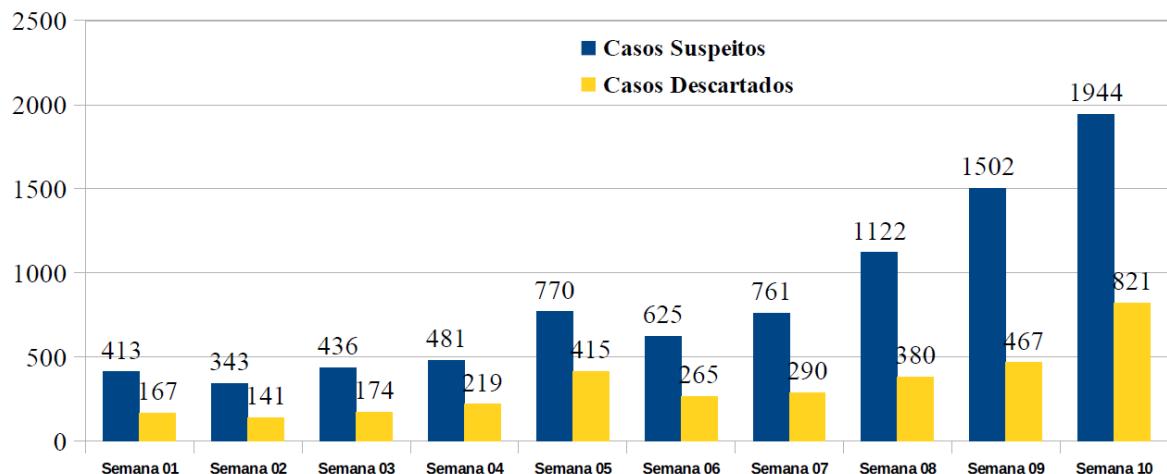
Destaca-se que todas as pessoas com mais de 60 anos que não exerciam serviços essenciais (saúde, segurança, assistência social, entre outras), foram orientadas a não comparecer ao trabalho ou demais ambientes fechados. Outrossim, foi recomendado sair de casa apenas para atividades essenciais (mercado, farmácia,

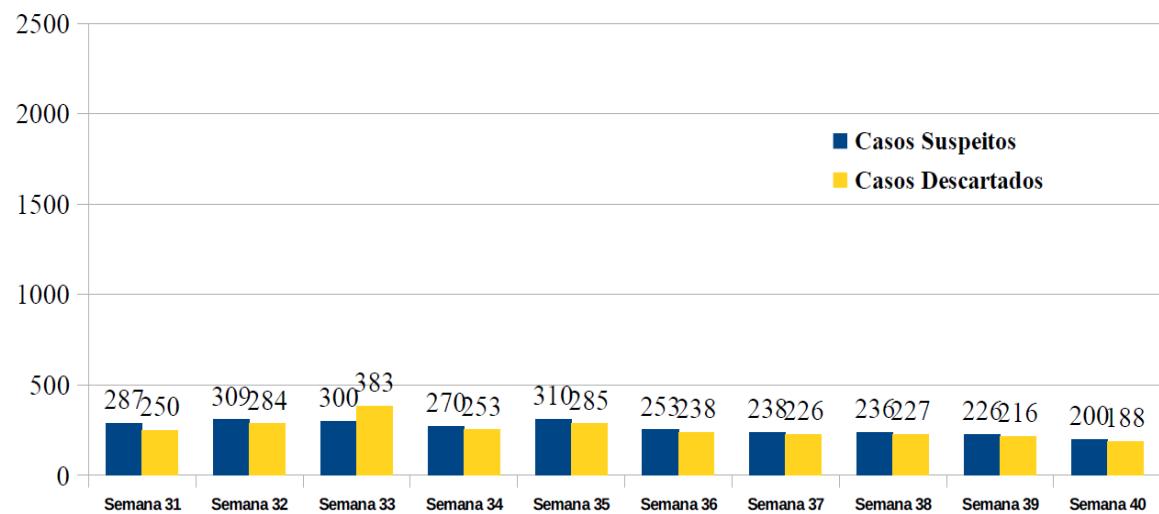
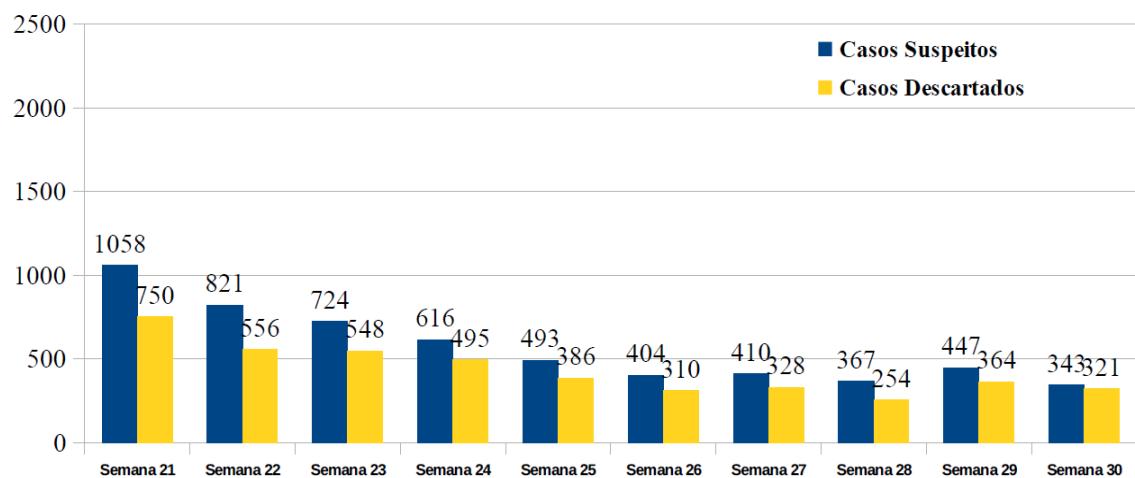
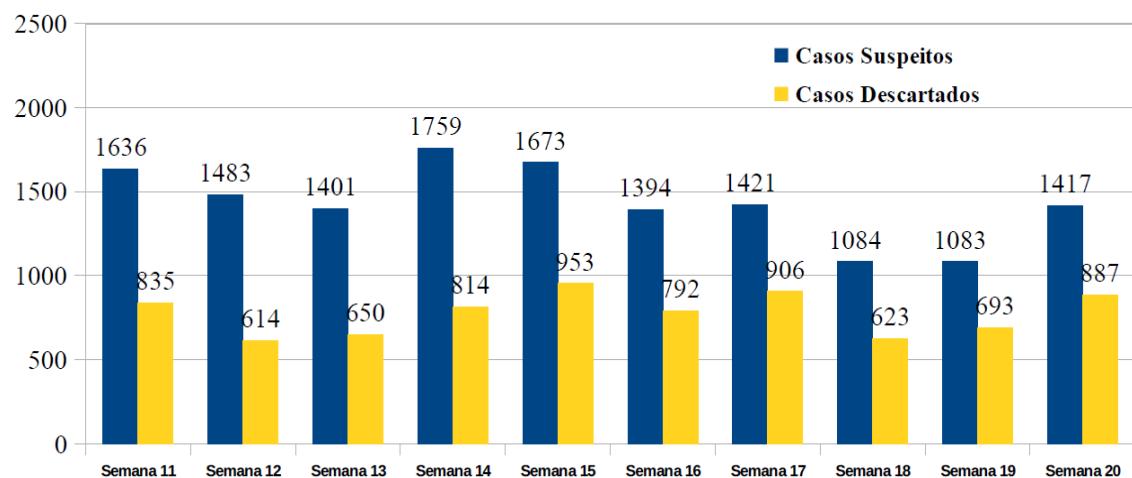
serviços de saúde) e que não poderiam ser realizadas por outra pessoa do domicílio/cuidador.

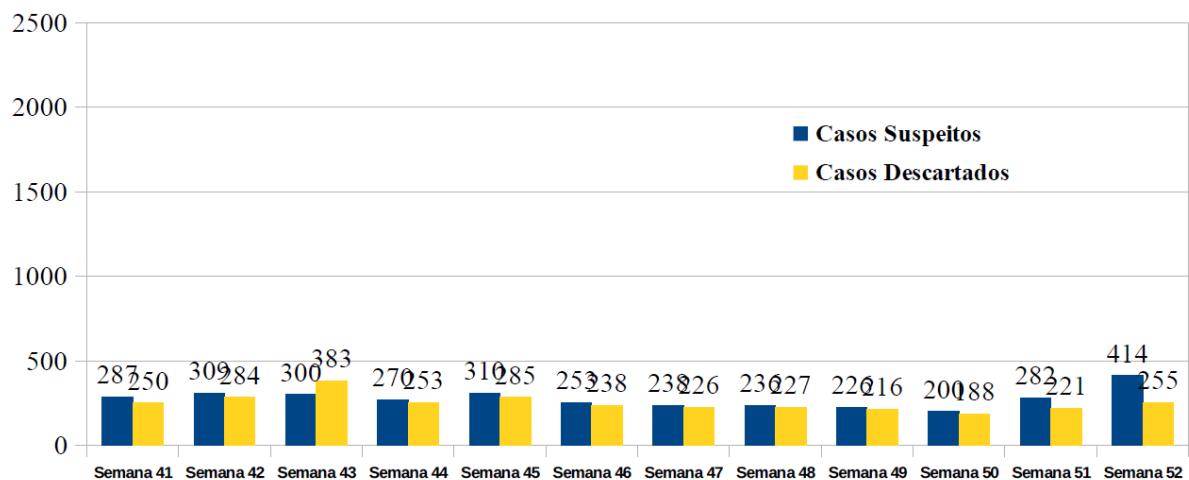
Pessoas apresentando sintomas gripais e seus contatos domiciliares deveriam permanecer em isolamento domiciliar por 14, 21 ou 28 dias, dependendo da clínica do paciente. Mães amamentando foram orientadas a suspender a amamentação.

Em Maracanaú, de janeiro a dezembro de 2021, foram notificados um total de 33.779 casos suspeitos: destes, 13.499 (39.96 %) casos positivos, 20.280 (60.03 %) casos descartados e 487 óbitos. Para todos os casos confirmados, foram enfrentadas duas formas de encerramento: o critério laboratorial e o clínico – Epidemiológico. Os casos confirmados tiveram a realização de Coleta de Swab (PCR), Teste Rápido (Anticorpo e Antígeno) e avaliação clínica do médico e de exames complementares. Índices, observados nos gráficos abaixo.

Gráfico 7 - Números de casos **Suspeitos e Descartados** por COVID-19. Maracanaú/CE, janeiro a dezembro de 2021, por semana Epidemiológica

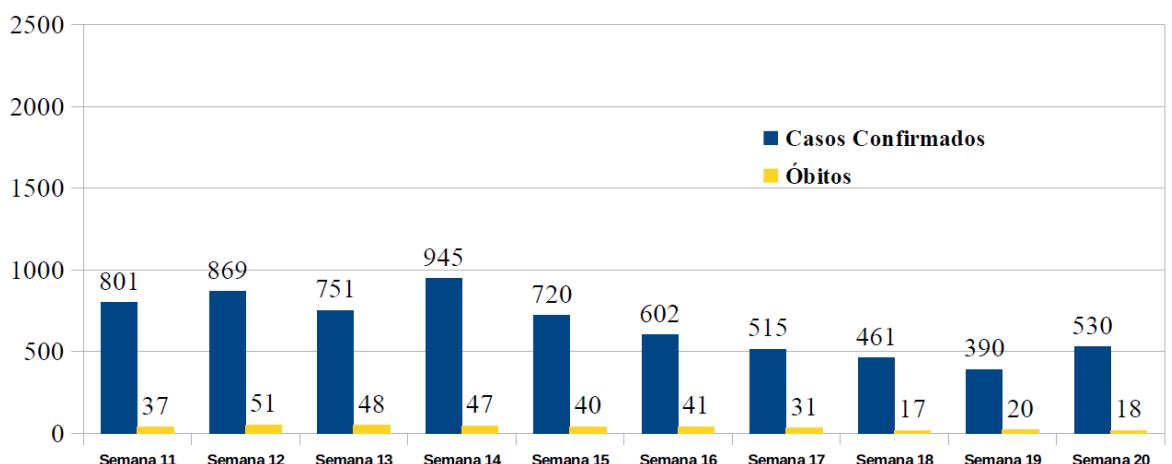
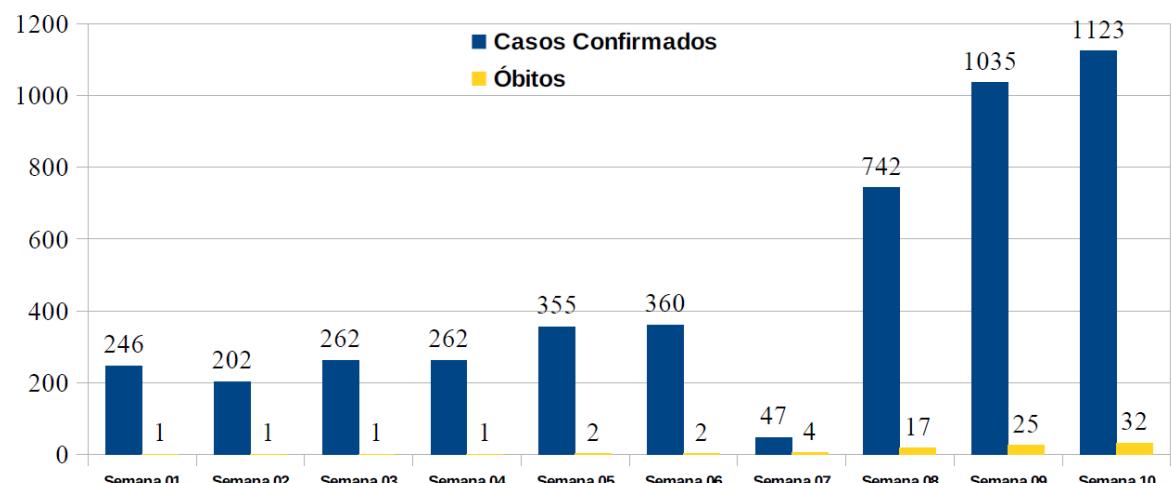


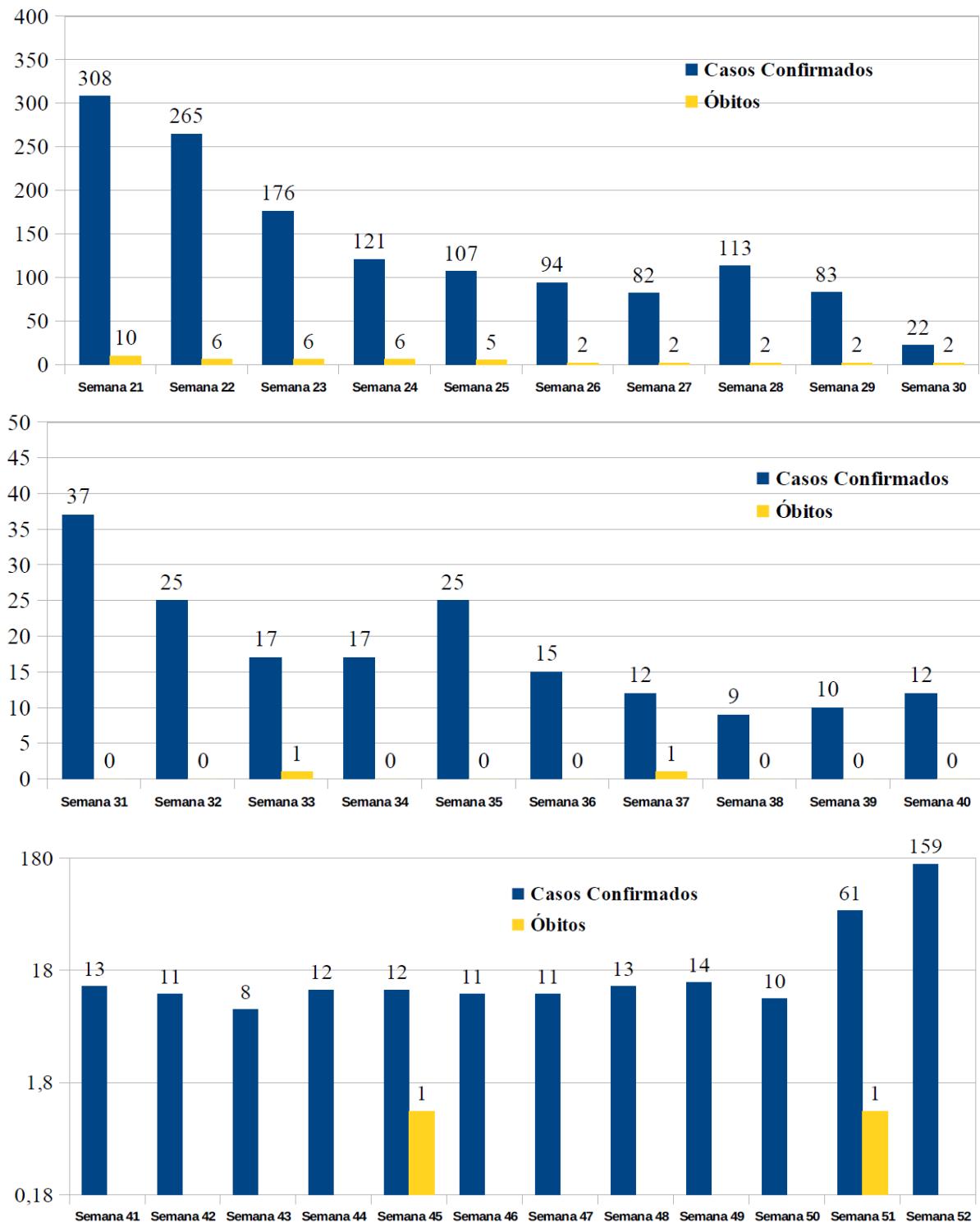




Fonte: Maracanaú (2021, p. 193-195).

Gráfico 8 - Números de casos **Confirmados e Óbitos** por Covid-19. Maracanaú/CE, janeiro a dezembro de 2021, por semana Epidemiológica





Fonte: Maracanaú (2021, p. 195-197).

Maracanaú teve sua primeira vacinada em 19 de janeiro de 2021, Maria Leonora Silva, de 67 anos. Esse um marco para o município, uma vez que, a partir desse dia inicia-se uma campanha de vacinação o que consequentemente há a queda dos índices de casos graves e óbitos no município, como podemos perceber a

partir da 26^a semana no gráfico acima, todavia, isso não acabou com os casos positivos.

Para avaliação dos casos foram usados as Definições de Caso Suspeito, de acordo com os Boletins do Governo do Estado do Ceará, obedecendo a cada atualização. A Secretaria de Saúde municipal desenvolveu ações por meio da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, com o intuito de amenizar a devastação da pandemia, dentre elas:

- a) A readequação dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), mantendo uma ESF para atender as Síndromes Gripais (SG);
- b) A implementação de áreas de isolamento para atendimentos aos pacientes com SG, mantendo os insumos e materiais utilizados, tais como: oxímetro de pulso, cilindros de O2, termômetros digitais infravermelhos, entre outros;
- c) A implementação do monitoramento dos pacientes com suspeita e/ou confirmação da Covid-19, através da planilha de monitoramento;
- d) O município, recebeu, em agosto de 2021, fluxômetros, o que possibilitou ampliar o número de cilindros de oxigênio (O2) completos, para qualificar ainda mais a assistência aos pacientes com suspeita e/ou confirmados com Covid-19;
- e) Capacitou todos os enfermeiros das ESF na testagem rápida para Covid-19 (SWAB) e ampliou nas USF a testagem rápida para Covid-19, detectando assim precocemente a doença, bem como auxiliando no diagnóstico diferencial, oportunizando um melhor tratamento ao usuário.

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080 (Brasil, 1990) como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Dessa forma, durante o ano de 2021 foram realizadas visitas técnicas nas unidades de saúde da família das 06 AVISAS, onde foram separadas por equipes,

para sensibilização dos profissionais quanto aos quadros de agravos que estão em maior incidência no município.

Nessa fase de transição e poucas certezas, a APS, evidenciou-se como essencial para Maracanaú “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” (Seerig, 2021, p. 11), uma vez que esse primeiro contato de atendimento é vital para se evitar aglomeração em hospital sem necessidade.

[...]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”. (Seerig, 2021, p. 11).

Nesse sentido, seguimos como o Estado de Santa Catarina que fortificou o APS e foi capaz de diminuir o número de mortes pela intervenção precoce. (Souza et al., 2021). O setor de epidemiologia atualizava toda semana, os boletins de COVID-19 quanto a casos confirmados, Descartados, Óbitos e Internações. Realização de Boletins epidemiológicos dos Agravos de Covid, Sífilis, Tuberculose e Hanseníase; Nota de Alerta sobre as Síndromes Respiratórias (Influenza/Covid); Nota de Alerta sobre as novas variantes da Covid-19; Realização da Capacitação das 65 enfermeiras, dentistas e técnicos de laboratório das USFs, para realização dos testes rápidos para Covid (Swab Nasofaringe) e do RT-PCR (Swab orofaringe).

A Unidade de Atendimento Básico (UAB) - sendo Centro de Enfrentamento ao Covid-19, desde maio de 2020, foi cadastrada junto ao Ministério da Saúde. Funcionando 24h para atendimento à população maracanauense (inclusive nos feriados e fins de semana), voltada para pacientes de baixo risco – casos de menor gravidade e casos com maior complexidade eram encaminhados para o Hospital João Elísio de Holanda.

A decisão de instalar a UAB na Região Central de Maracanaú se deu devido ao fato de 80% dos pacientes que buscavam a emergência do Hospital Municipal de Maracanaú se enquadarem no perfil de atendimento básico (baixo risco).

A Covid-19 deixou sequelas, mesmo em quem apresentava sintomas leves. E para dar suporte na superação dessas limitações provocadas pela infecção, a

Prefeitura de Maracanaú, através da Secretaria de Saúde, inaugurou em 30 de abril de 2021, o Centro de Reabilitação Pós-Covid, localizado no Centro Agacil Camurça. Esta Unidade prestou assistência qualificada para os maracanauenses e teve como principal objetivo ofertar um serviço multidisciplinar com especialidades de Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Educação Física para auxiliar na recuperação das pessoas com sequelas da doença. Para acesso ao tratamento, os usuários se dirigiam à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência e solicitavam a marcação via Sistema de Regulação do Município (SISREG), mediante encaminhamento fornecido pelo médico durante o atendimento. Todos os tratamentos eram gratuitos e realizados com horário de atendimento de segunda a quinta, das 8h às 16h, já na sexta-feira o horário é das 8h às 14h. Após a pandemia, esse equipamento voltou a ser utilizado para eventos da Prefeitura de Maracanaú voltados para a comunidade.

As vacinas para Covid-19 foram e ainda são uma ferramenta crucial no combate à pandemia. Elas são desenvolvidas para estimular a resposta imunológica do corpo contra o vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença. “A capacidade de uma vacina proteger contra doenças graves e morte deve ser considerada o resultado mais importante” (Alencar, 2021, p. 6). A crise global gerada pela pandemia do coronavírus destacou, mais uma vez, a importância dos programas de vacinação como medidas eficazes de saúde pública, e trouxe novos mecanismos que podem tornar-se modelos para futuras respostas a epidemias e pandemias regionais, com uma maior variedade de plataformas e articulações. trabalhar para superar desafios e acelerar o desenvolvimento, fabricação e entrega de vacinas. É importante notar que a duração da proteção após a recuperação da Covid-19 corresponde um pouco à duração da proteção fornecida pela vacina (Alencar, 2021). Fernandes *et al.* (2021) consideram que no contexto de emergencial global em saúde era

[...]necessário garantir a equidade da disponibilidade de vacinas seguras para todos. É evidente que para uma crise mundial, como a Covid-19, seja combatida, não precisamos apenas das vacinas, mas também é necessário garantir que todos no mundo tenham acesso a elas. Sendo necessário a instituição de iniciativas globais que auxiliem na aquisição e distribuição de vacinas nas mais diversas regiões, com um olhar para aquelas que se encontram em maior vulnerabilidade econômica (Fernandes *et al.*, 2021, p. 84-85).

Desde o início da pandemia, várias vacinas foram desenvolvidas e autorizadas para uso emergencial em diferentes países. Elas funcionam estimulando o sistema imunológico a produzir uma resposta imune específica contra o vírus. Isso

é feito através da introdução de uma parte do vírus (como uma proteína) ou de um vetor viral modificado (como um adenovírus) no corpo. Esses componentes são incapazes de causar a doença, mas são reconhecidos pelo sistema imunológico, que produz anticorpos e células de defesa para combater o vírus. As vacinas contra a Covid-19 têm como objetivo principal prevenir a infecção pelo vírus e reduzir a gravidade da doença em caso de infecção. Elas também podem ajudar a reduzir a transmissão do vírus na comunidade, contribuindo para o controle da pandemia.

É importante destacar que as vacinas contra a Covid-19 passam por um rigoroso processo de avaliação e autorização pelas autoridades regulatórias de saúde, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Brasil e a *Food and Drug Administration* (FDA) nos Estados Unidos. Essas agências garantem que as vacinas sejam seguras, eficazes e de qualidade antes de serem disponibilizadas para a população.

As vacinas contra a Covid-19 representaram uma esperança no controle da pandemia e na proteção da saúde pública. Para isso, validar e promover a vacinação coletiva constituiu a forma mais eficiente de evitar a transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, em que “o controle das doenças só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças” (Brasil, 2003, p. 25). Na mesma direção Porto e Ponte (2003, p. 729) afirmam que

[...] Longe de ser um fato isolado, sujeito apenas aos parâmetros de aferição e decisão da medicina ou das ciências biomédicas, a vacinação é também, pelas implicações socioculturais e morais que envolve, a resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte.

Diante deste cenário, o desafio da gestão municipal foi se readaptar à nova realidade, adotando medidas para combater a doença sem comprometer a prestação dos serviços de saúde. De acordo com o Relatório de Gestão Anual (Maracanaú, 2021, p. 156), no ano de 2021, o Núcleo de Controle de Endemias realizou uma série de ações de prevenção à Covid-19, resguardando tanto seu público interno quanto o externo e garantindo a qualidade dos serviços aos usuários. As medidas adotadas estão reunidas em um conjunto de ações ordenadas para a prevenção da saúde pública, dentre elas:

a) Barreira Sanitária: As barreiras sanitárias foram instaladas nas principais vias de acesso do Município, pelas (Avenidas José Alencar, Parque Sul e Padre José Holanda do Vale) como medida preventiva à contaminação por Coronavírus (Covid-2) A barreira sanitária consistia no processo de higienização de carros e motos, com o uso de solução com quaternário de amônia, os veículos que entram na cidade pelas Avenidas José Alencar, Parque Sul e Padre José Holanda do Vale recebiam a aplicação do produto. Essa ação teve continuidade iniciando no período de 19 de fevereiro a 21 de maio de 2021.

b) Desinfecções sanitárias: As desinfecções sanitárias, foram atividades realizadas nos principais espaços públicos e equipamentos municipais, tais como; unidades de saúde, praças, agências bancárias, ruas com casos confirmados e com óbitos, casas lotéricas, unidades de referências, como essa medida se objetiva a prevenção da contaminação do novo Coronavírus. Essa ação foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2021 (Maracanaú, 2021, p. 121).

No período de 22 de fevereiro a 20 de maio de 2021 em parceria com a Central de Abastecimento do Ceará (Ceasa), nas quartas-feiras entre 0:00hs e 05:00hs e nas quintas-feiras entre 0:00hs e 05:00hs, foram realizadas desinfecções nos veículos que passavam pelo portão de entrada do estabelecimento, com vistas a mitigar a disseminação do vírus naquele local e seu espalhamento por meio do contato com alimentos e veículos.

A Secretaria da Saúde, atendendo ao pedido do SOS Maracanaú, realizou desinfecções sanitárias nas ambulâncias após viagens com pacientes suspeitos de Covid-19, todos os dias de segunda-feira a sexta-feira no período das 7hs às 12hs e de 14hs às 19hs e nos sábados e domingos de 7hs às 13hs. Essa ação teve início no dia 05 de março até o dia 24 de maio de 2021 e teve por objetivo a proteção dos funcionários que atuam no setor, bem como aos usuários do serviço de socorro.

Por meio do núcleo de controle de endemias, todos os dias, foram realizadas desinfecções sanitárias no centro de testagem para Covid-19, localizado nas dependências do Hospital de Maracanaú, o serviço de atendimento funcionou de segunda a sexta-feira, das 8hs às 16h, no período de 05 a 19 de setembro de 2021.

Foram realizadas atividades em todos os estabelecimentos comerciais e industriais cujo funcionamento foi permitido. Ademais, foram repassadas orientações aos mesmos sobre as medidas preventivas do novo coronavírus, como:

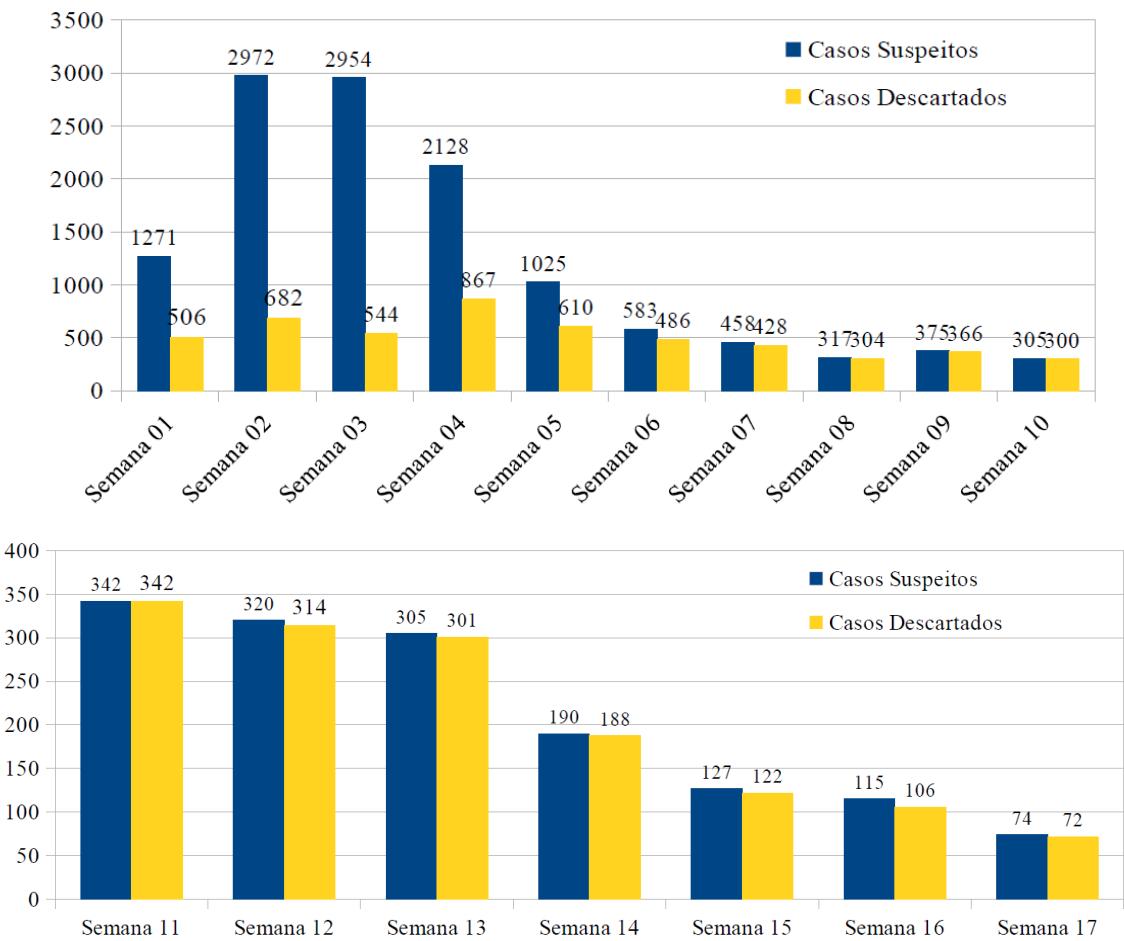
distanciamento social, higienização de carrinhos/cestinhas de supermercados, higienização dos estabelecimentos, controle de entrada de clientes, utilização de EPI's por parte dos funcionários, utilização de máscaras pelos clientes, proibição de mesas em comércios de alimentos como lanchonetes, padarias, restaurantes. Semelhantemente, em Pelotas/RS, a gestão municipal tomou essas mesmas medidas de enfrentamento que aderiu a todas as orientações do Estado do Rio Grande do Sul (Tasca, 2022).

Também foram fiscalizados estabelecimentos que não estavam liberados para funcionar em conformidade com os Decretos Estaduais e Decretos Municipais. Nos finais de semana foram organizadas equipes pela Polícia Militar para fiscalização intersetorial com o Departamento de Vigilância Sanitária, Guarda Municipal e a Secretaria de Meio Ambiente e Controle Urbano para dar continuidade ao enfrentamento do novo coronavírus.

O ano de 2021 foi bastante desafiador com a chamada “Segunda onda” da pandemia causada pelo novo Coronavírus com elevações importantes na taxa de incidência, demandando maior aporte de leitos hospitalares. Desta forma, o Plano de Contingência da Covid-19 foi atualizado ao longo do ano, de acordo com a dinâmica da instituição e as mudanças epidemiológicas foram implementadas conforme planejamento.

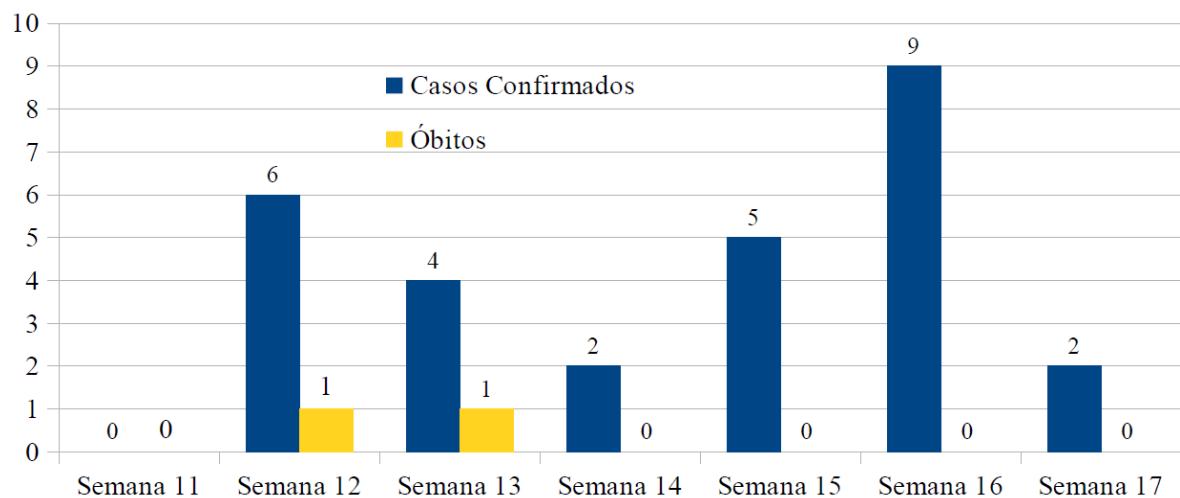
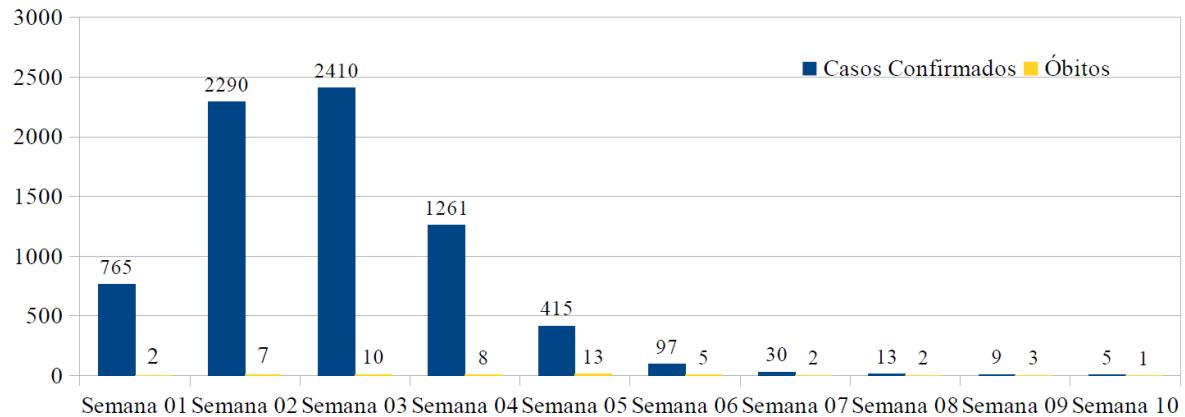
Em 2022, a prefeitura de Maracanaú começou a presenciar a diminuição de casos de Covid a partir das medidas tomadas e do amplo acesso às vacinas, fruto de uma força tarefa de diversos componentes municipais. Foram identificados, no segundo quadrimestre (maio a agosto) de 2022, um total de 1.302 casos suspeitos, 45 casos positivos, 1.087 casos descartados e 01 óbito (Maracanaú, 2023).

Gráfico 9 - Números de casos **Notificados e Descartados** por Covid-19. Maracanaú/CE, janeiro a abril de 2022, por semana Epidemiológica



Fonte: Maracanaú (2022, p. 166).

Gráfico 10 - Números de casos confirmados e Óbitos por Covid-19. Maracanaú/CE, janeiro a abril de 2022, por semana Epidemiológica



Fonte: Maracanaú (2022, p. 167).

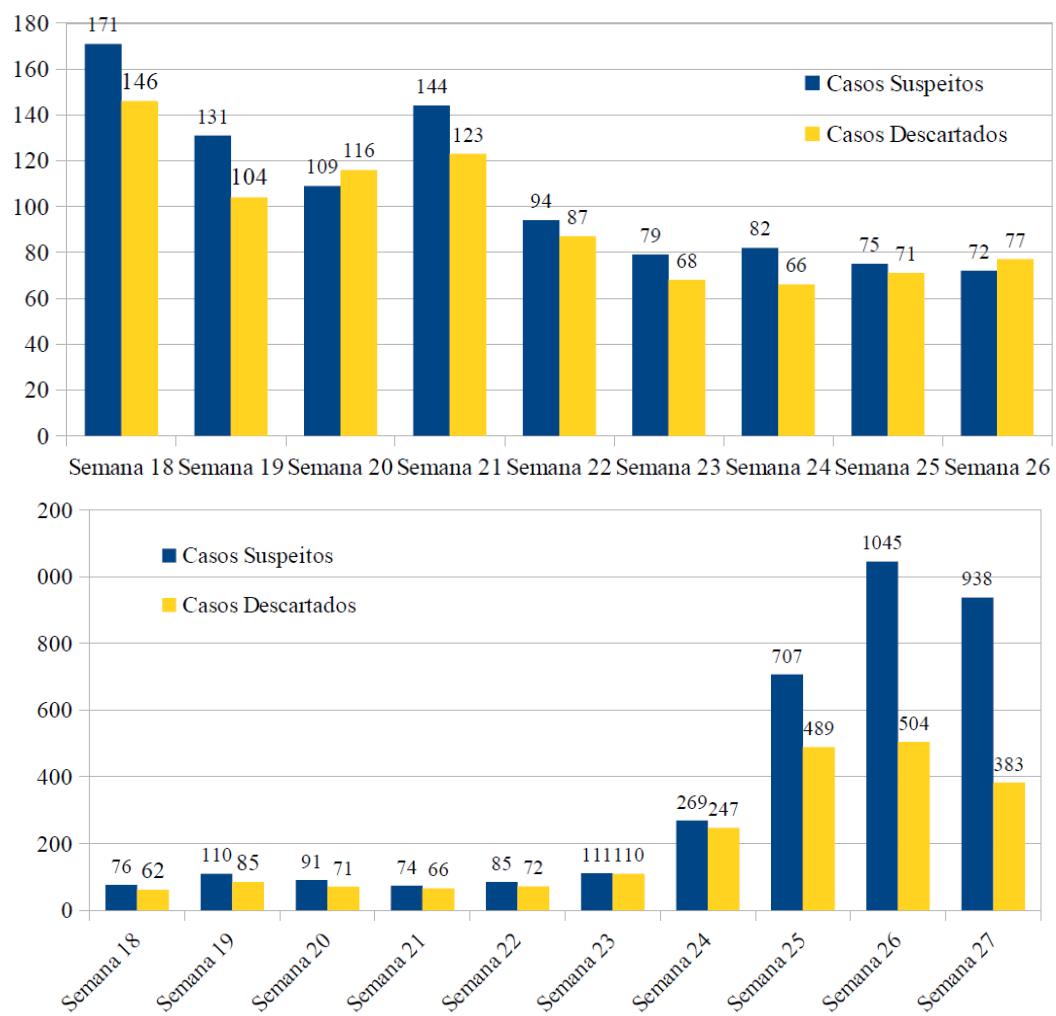
Os gráficos inseridos anteriormente mostram a queda no número de casos de Covid-19, em Maracanaú. Esse fator é associado ao esquema de quadro vacinal promovido amplamente pela Prefeitura e à alta adesão por parte da comunidade.

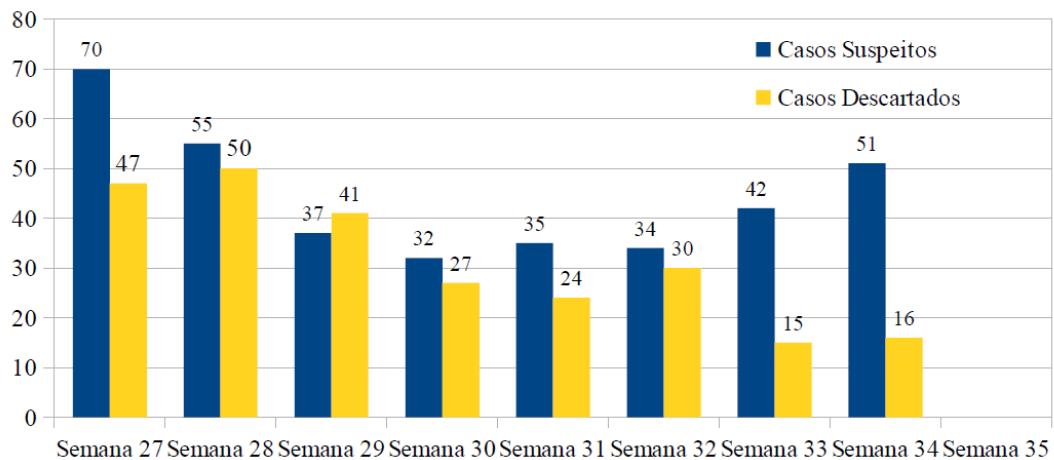
Cabe aqui ressaltar que Duarte, Marzullo e Schumann (2020), salientam que o período pandêmico ampliou o abismo existente das desigualdades sociais e regionais atingindo mais fortemente as classes mais pobres e localizadas nas regiões periféricas e com menor IDH. Alberti *et al.* (2020), consideram que situação semelhante aconteceu em cidades Catarinenses onde a classe mais pobre, periférica e negra foi assustadoramente atingida.

Os profissionais da APS realizavam os atendimentos e faziam a testagem rápida ou RTPCR para Covid-19, auxiliando assim o diagnóstico diferencial, uma vez que “[...] 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" (Seering, 2021, p. 41). Todos esses esforços foram recompensados pela queda no número de casos detectados e de óbitos, como podemos observar na figura abaixo.

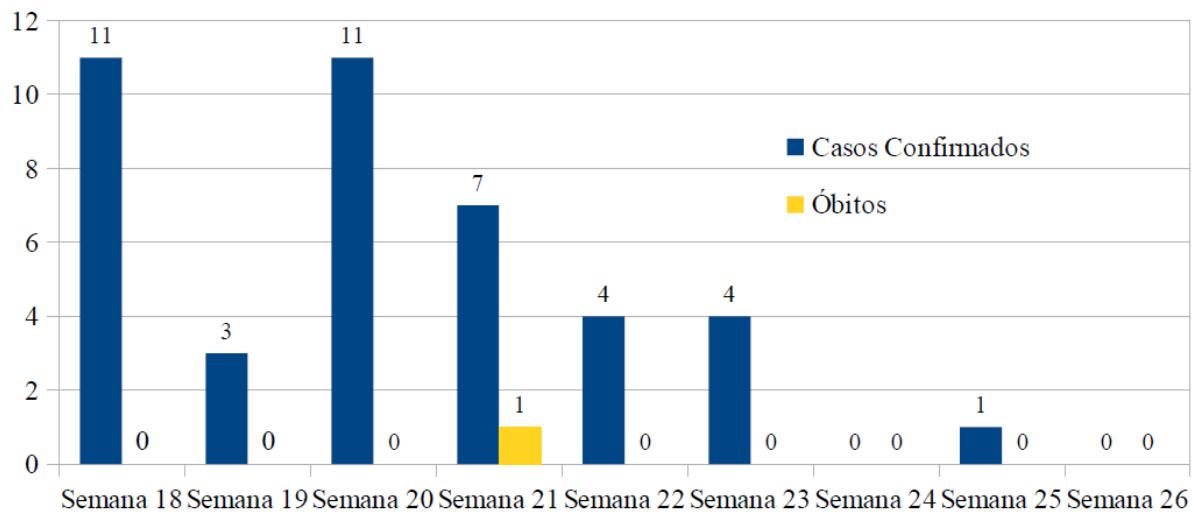
Gráfico 11 - Números de casos **Notificados e Descartados** por Covid-19 Maracanaú/CE, maio a agosto de 2023, por semana Epidemiológica (dados colhidos em 11/05 e 05/09/2023, sujeitos à alteração)

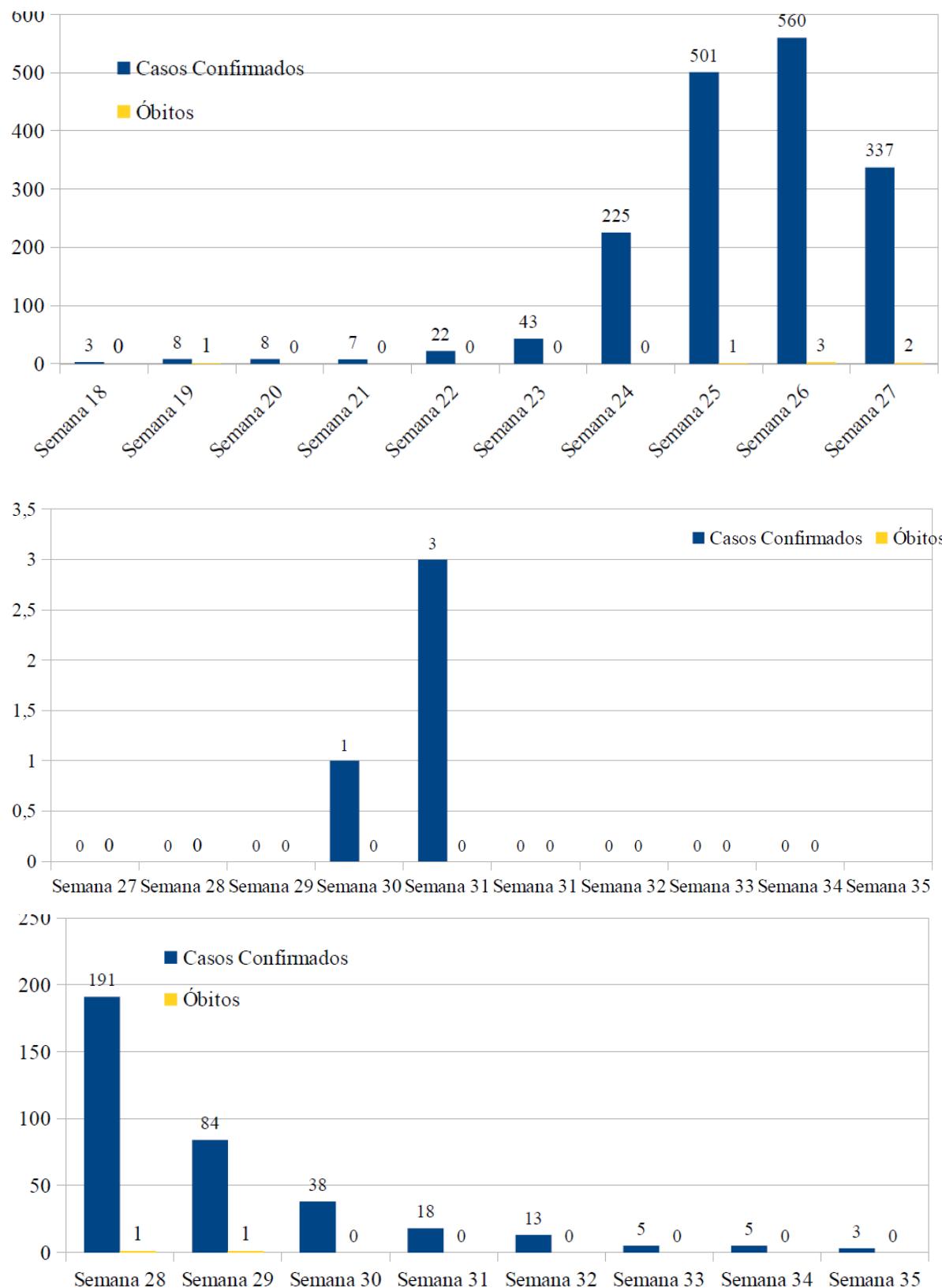




Fonte: Maracanaú (2023, p. 219-223)

Gráfico 12 - Números de casos **Confirmados e com Óbitos** por Covid-19 Maracanaú/CE, maio a agosto de 2023, por semana Epidemiológica (dados colhidos em 11/05 e 05/09/2023, sujeitos à alteração)





Fonte: Maracanaú (2023, p. 219-223).

A partir da análise dos gráficos inseridos anteriormente, é possível entender o percurso da pandemia e como a disseminação do vírus se comportou durante o período pandêmico. Foi de fundamental importância a atuação do SUS com tomada de decisões a partir de evidências científicas, mesmo que publicizadas de forma gradativa, tendo em vista o cenário desconhecido que estávamos vivendo. Um ponto que chama atenção e que foi de grande importância nesse momento de incerteza foi a utilização de intervenções não farmacológicas, como o uso de máscaras, distanciamento social, higienização de mãos e superfícies de contato físico. Tais medidas tiveram grande impacto na redução de casos (Garcia e Duarte, 2020). Campos (2021) ressalta que a pandemia deu destaque à importância do SUS para as políticas públicas de saúde, no entanto, descontou o abismo dos serviços da APS, reflexo de uma gestão precária.

A Prefeitura de Maracanaú, buscando retardar ao máximo a disseminação da Covid-19, emitiu uma série de Decretos a partir dos Decretos estaduais. Na tabela a seguir consta um resumo em ordens cronológicas.

Tabela 1 - Decretos, Portarias e Leis publicados pela prefeitura de Maracanaú no período de fevereiro/2020 a março/2021 visando o controle da disseminação do novo coronavírus

PUBLICAÇÃO	Nº LEGISLAÇÃO	DECLARAÇÃO
3/02/2020	Portaria nº 188	O Ministério da saúde declara emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-ncov).
17/03/2020	Decreto nº 3.942	Declarada emergência no município de Maracanaú ante ao contexto de decretação de emergência em saúde pública de interesse nacional pelo ministério da saúde e a declaração da condição de pandemia de infecção humana pelo coronavírus definida pela organização mundial de saúde, na forma que especifica, e dá outras providências
17/03/2020	Portaria nº 632	Instituído o comitê de gestão de crise do novo coronavírus covid-19, com a finalidade de criar um plano de ação e de contingência em resposta aos casos de covid-19, objetivando dar suporte as decisões da administração pública, bem com recomendar especificações básicas de itens considerados prioritários ao controle e acompanhamento do covid-19

20/03/2020	Decreto nº 3.944	Intensificadas as medidas adotadas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), declarada pela emergência no município de Maracanaú, nos termos do decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
23/03/2020	Decreto nº 3.947	Dispõe sobre a suspensão dos processos licitatórios em curso no município de Maracanaú em virtude do enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), declarada pela emergência no município de Maracanaú, nos termos do decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências.
27/03/2020	Decreto nº 3.948	Disciplina o funcionamento da administração pública durante o período de enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), e dá outras providências
03/04/2020	Decreto nº 3.963	Decreta ponto facultativo os expedientes dos dias 6 a 10 de abril de 2020, da administração pública municipal, disciplina o funcionamento da administração pública municipal durante o período de enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), de que trata o decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
03/04/2020	Decreto nº 3.964	Prorroga o prazo de validade de certidões negativas de débito - CND ou de certidões positivas com efeito de negativa de tributos de competência municipal durante o período de 03 a 10 de abril de 2020, em virtude da emergência declarada para enfrentamento do novo coronavírus – covid-19, na forma que especifica.
06/04/2020	Decreto nº 3.965	Dispõe sobre a reorganização do ano letivo das escolas da rede pública municipal de ensino de Maracanaú, durante o período de enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), e dá outras providências.
06/04/2020	Decreto nº 3.966	Dispõe sobre autorização de funcionamento excepcional de estabelecimentos comerciais, industriais e prestadores de serviços ou similares sediadas no município de Maracanaú, com a finalidade de produzir insumos

		hospitalares, materiais de limpeza e de higiene, equipamentos de proteção individual (EPI's), máscaras protetoras e vestimentas hospitalares destinados aos profissionais da área da saúde que trabalham na linha de frente ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (covid-19), assim como destinados a doação e à população em geral e aos demais servidores públicos da administração pública municipal das áreas administrativas dos órgãos públicos, bem como aos que estão auxiliando na execução dos serviços atendimento à população
08/04/2020	Decreto nº 3.968	Decreta ponto facultativo os expedientes dos dias 13 a 30 de abril de 2020, da administração pública municipal, disciplina o horário de funcionamento da administração pública municipal durante o período de enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), de que trata o decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
13/04/2020	Decreto nº 3.969	Reconhece, para os fins do disposto no art. 65 da lei complementar federal nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública no município de Maracanaú, e dá outras providências.
22/04/2020	Lei nº 2.925	Dispõe sobre a criação do projeto "costurando proteção Maracanaú com máscaras" e do respectivo auxílio financeiro destinado aos participantes do projeto de responsabilidade da secretaria de saúde em conjunto com a secretaria do trabalho, emprego e empreendedorismo, providências
29/04/2020	Lei nº 2.929	Concede compensação pecuniária aos servidores públicos em exercício no hospital municipal dr. João Elísio de Holanda, em ala de pacientes acometidos por covid-19, na forma que especifica, e dá outras providências
30/04/2020	decreto nº 3.976	Prorroga, em âmbito municipal, o ponto facultativo de que trata os expedientes dos dias 04 a 12 de maio de 2020, na administração pública municipal, disciplina o horário de expediente dos servidores públicos municipais, prorroga as medidas

		necessárias enfrentamento ao da pandemia do novo coronavírus (covid-19) durante o período de enfrentamento da infecção humana pela covid- 19, de que trata o decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
11/05/2020	Decreto nº 3.985	Prorroga, em âmbito municipal, o ponto facultativo de que trata os expedientes dos dias 13 a 31 de maio de 2020, na administração pública municipal, disciplina o horário de expediente dos servidores públicos municipais, prorroga as medidas necessárias enfrentamento ao da pandemia do novo coronavírus (covid-19) durante o período de enfrentamento da infecção humana pela covid- 19, de que trata o decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
18/05/2020	Decreto nº 3.986	Dispõe sobre medidas de contingenciamento, para enfrentamento da situação emergencial em saúde pública, decorrente da pandemia do novo coronavírus (covid-19), no âmbito da administração pública municipal, e dá outras providências.
29/05/2020	Decreto nº 3.988	Prorroga, em âmbito municipal, o ponto facultativo de que trata os expedientes dos dias 01 a 30 de junho de 2020, na administração pública municipal, disciplina o horário de expediente dos servidores públicos municipais, prorroga as medidas necessárias enfrentamento ao da pandemia do novo coronavírus (covid-19) durante o período de enfrentamento da infecção humana pela covid- 19, de que trata o decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências
31/05/2020	Decreto nº 3.989	Institui, no município de Maracanaú, a política de isolamento social rígido como medida de enfrentamento à covid - 19, e dá outras providências, durante as emergências e calamidade pública, de que trata os decretos nº's 3.942, de 17 de março de 2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
29/06/2020	Decreto nº 4.008	Dispõe sobre o funcionamento responsável da administração pública municipal, durante as emergências e calamidade pública, de que tratam os decretos nº's 3.942, de 17 de março de

		2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
17/07/2020	Decreto nº 4.022	Prorroga o decreto nº 4.008 de 29 de junho de 2020, que dispõe sobre o funcionamento responsável da administração pública municipal, durante as emergências e calamidade pública, de que tratam os decretos nºs 3.942, de 17 de março de 2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
31/07/2020	Decreto nº 4.026	Dispõe sobre o retorno responsável do funcionamento dos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, durante as emergências e de calamidade pública, de que tratam os decretos nºs 3.942, de 17 de março de 2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
03/08/2020	Decreto nº 4.028	Altera e revoga dispositivos do decreto nº 4.026, de 31 de julho de 2020 que dispõe sobre o retorno responsável do funcionamento dos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, durante as emergências e de calamidade pública, de que tratam os decretos nºs 3.942, de 17 de março de 2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
30/12/2020	Decreto nº 4.109	Prorroga o decreto nº 4.026, de 31 de julho de 2020, alterado pelo decreto nº 4.038, de 03 de agosto de 2020, que dispõe sobre o retorno responsável do funcionamento dos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, durante as emergências e de calamidade pública, de que tratam os decretos nºs 3.942, de 17 de março de 2020 e 3.969, de 13 de abril de 2020, e dá outras providências.
17/02/2021	Decreto nº 4.149	Reconhece, para os fins do disposto no art. 65 da lei complementar federal Nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública no âmbito do município de Maracanaú, e dá outras providências.
10/03/2021	Decreto nº 4.149	Ratifica protocolo de intenções firmado entre municípios brasileiros, com a finalidade de adquirir vacinas para combate à pandemia do coronavírus; medicamentos, insumos e equipamentos na área da saúde

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2024).

Com o fim da Emergência Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pelo Ministério da Saúde em 22 de abril de 2023 e a validação pela OMS em 5 de maio do mesmo ano do fim da situação Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) - que significou o fim da pandemia - o município de Maracanaú, gradativamente, transacionou sua abertura completa, mas continuou com algumas ações para dar continuidade às medidas a respeito da Covid-19, a principal foi a campanha de vacinação disponibilizada para a população.

Diante dessa tentativa de retorno à normalidade, o município, assim como todo o Brasil se deparou com um impacto no volume e atraso em atendimentos eletivos e tratamentos rotineiros, causando uma necessidade de reorganização como forma de otimizar e normalizar em seus atendimentos. Conforme Silva *et al.* (2021, p. 78)

Os efeitos da pandemia tiveram impacto no atendimento eletivo em nível global. Em muitos países os serviços de saúde reduziram ou até mesmo interromperam muitos serviços clínicos, incluindo o cancelamento e adiamento de consultas médicas ou cirurgias eletivas. Também foi demonstrado, em países da Europa, mudanças na estrutura do fluxo de atendimento com um declínio no número de atendimentos e procedimentos médicos não associados à COVID-19.

A força tarefa organizada pela Secretaria de Saúde buscou cumprir o Programa Nacional de Imunização (PNI) que define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica e as peculiaridades de cada população a ser alcançada, crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas. O município de Maracanaú ofertou imunobiológicos em suas 27 (vinte e sete) salas de vacinas das Unidades Saúde da Família (USF) (Maracanaú, 2023). Concomitantemente, traçou ações a serem desenvolvidas entre os meses de maio a agosto de 2023, compreendendo

- Coleta, digitação, consolidação e análise de dados dos boletins mensais de vacinação enviados das Unidades Saúde da Família (USF);
- Correção dos relatórios de imunobiológicos recebidos das USF sob suspeita e envio deles para Coordenadora de Assistência Farmacêutica para análise;
- Correção e retroalimentação das fichas de Eventos Adversos Pós-Vacina e envio à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para análise e avaliação;
- Divulgação das ações de vacinação comunicação e mobilização;

- Ações de imunização nas indústrias e Unidades Básica Saúde da Família;
- Campanha contra Influenza;
- Campanha contra COVID-19;
- Campanha contra Sarampo, Tétano, Difteria, Hepatite B, Meningocócica C (Maracanaú, 2023, p. 245-246).

Mesmo após uma pandemia regada a negacionismo e desencontro de informações para a comunidade, de um crescente questionamento por parte de alguns governantes sobre a eficácia da vacina contra a Covid-19 e um fortalecimento do movimento antivacina, o município de Maracanaú a partir de uma ação composta por uma equipe de diversas secretarias atingiu uma cobertura ainda maior se comparada ao ano de 2022, como demonstrado quadro a seguir:

Quadro 3 - Comparação da cobertura vacinal em menores de 01 ano em Maracanaú

Período: Maio à Agosto 2022 - 2023

IMUNOBIOLÓGICOS	MAIO A AGOSTO 2022		MAIO A AGOSTO 2023	
	VACINADOS (Meta: 1.650)	COBERTURAS	VACINADOS (Meta: 1.379)	COBERTURAS
BCG	986	59,75%	999	72,44%
Hepatite B	944	57,21%	949	68,81%
Meningocócica C	1.027	62,24%	1.004	72,80%

Pentavalente	988	59,87%	1.099	79,69%
Pneumocócica 10 Valente	999	60,54%	1.077	78,10%
Poliomielite Inativada	964	58,42%	935	67,80%
Rotavírus Humano	872	52,84%	968	70,19%

Período: Maio à Agosto 2022 - 2023

IMUNOBIOLÓGICOS	MAIO A AGOSTO 2022		MAIO A AGOSTO 2023	
	VACINADOS (Meta: 1.650)	COBERTURAS	VACINADOS (Meta: 1.379)	COBERTURAS
Tríplice Viral (D1)	1.128	68,36%	1.029	74,61%
Tríplice Viral (D2)	912	55,27%	909	65,91%
Hepatite A	1.119	67,81%	1.090	79,04%
Varicela	1.066	64,60%	868	62,94%
Tríplice Bacteriana (DTP) (1ºref.)	1.013	61,39%	1.039	75,34%
Pneumocócica 10 Valente (Ref.)	1.116	67,63%	1.052	76,28%
Meningocócica C (Ref.)	1.106	67,00%	1.021	74,03%
Poliomielite (1º ref)	1.102	66,78%	1.092	79,18%

Fonte: Maracanaú (2023, p. 229-250).

Os dados obtidos no período de maio a agosto de 2023 demonstram que após avaliação e monitoramento dos boletins mensais de doses aplicadas das unidades de saúde da família, constatamos que, com relação ao período de maio a agosto de 2022, tivemos um acréscimo nas coberturas, porém, ainda percebemos a ausência de uma parcela significativa da população aos locais de aplicação de vacinas.

A complexa abordagem e elaboração de parcerias para o retorno da vacinação resultou para a Prefeitura de Maracanaú, por meio da Secretaria de Saúde, no recebimento pelo Governo do Estado do Ceará, do certificado de reconhecimento às honrosas estratégias de vacinação desenvolvidas no período de 2020 a 2022.

Na tabela a seguir, mostramos o resumo da vacinação contra Covid-19 no Município de Maracanaú em 2023.

Quadro 4 - Resumo de vacinação contra Covid-19 no Município de Maracanaú em 2023

DOSES	META	PESSOAS VACINADAS	COBERTURA (%)
Total de pessoas parcialmente imunizadas acima de 6 meses (D1)	227.751	206.294	90,57
Total de pessoas totalmente imunizadas acima de 6 meses (D2 e DU*)	227.751	182.824	80,27
Total de pessoas imunizadas com dose de reforço acima de 6 meses (DR1)	227.751	129.293	56,77
Total de pessoas imunizadas com dose de reforço acima de 18 anos (DR2)	171.417	52.370	30,55
Total de pessoas acima de 18 anos vacinadas com Bivalente	171.417	31.602	18,43

Fonte: Maracanaú (2022).

A partir do quadro anterior, é possível perceber a queda do percentual de cobertura de vacinação da Covid-19, um possível fator que chama a atenção é a sensação de que não há mais a doença, talvez pela falta de notícias a respeito da situação da doença. Um outro fator que pode causar essa queda é o movimento antivacina que tomou força no período em que Bolsonaro estava no poder, com a difusão de informações que criaram uma série de dúvidas e medo a respeito dos efeitos colaterais delas. Para Rocha (2021, p. 1.886),

A queda na cobertura vacinal brasileira nos últimos anos tem sido associada a diferentes fatores, tais como a diminuição da percepção de risco das doenças, o aumento de crises sociais, políticas e econômicas, o aumento da recusa vacinal, disseminação de crenças e informações falsas sobre vacinas, problemas logísticos, além da forte influência da pandemia na redução da busca por imunização na rede básica do SUS.

Outra medida municipal que pontuamos como forma de retomar a normalidade dos atendimentos eletivos foi a ampliação no horário de atendimento em postos de saúde. Com isso, os postos de saúde JPA II, João Batista dos Santos, Almir Dutra e Juarez Izaias passaram a funcionar das 8h às 20h. Aos finais de semana e feriados, as Unidades Almir Dutra e Juarez Izaias passaram a funcionar no período de 8h às 16h.

Ademais, ocorreu um curso de atualização em sala de vacina para os enfermeiros e técnicos de enfermagem dos postos de saúde do município. O objetivo

do curso foi apresentar e qualificar esses profissionais a respeito do calendário nacional de vacinação e sobre as ações a serem feitas, desde a organização de salas até assuntos que envolvem os processos de imunização.

Vale ressaltar que o município de Maracanaú assegurou ações, após a pandemia, por meio de um Ônibus Itinerante que possibilitava a realização de diferentes ações, exames simples, consultas com médicos, nutricionistas e dentistas dentre outras ações e serviços de saúde.

Destarte, a Prefeitura de Maracanaú, por meio das Secretarias de Saúde e Infraestrutura, Mobilidade e Desenvolvimento Urbano, realizou a manutenção em 13 postos de saúde do município, melhorando a estrutura física desses equipamentos visando um ambiente acolhedor e seguro para os munícipes.

Em 2023, com a promulgação da Lei nº 3.377 (Ceará, 2023), de 02 de maio, instituiu o Programa Saúde sem Fila com o objetivo de acabar com as filas para as cirurgias eletivas, exames especializados e consultas especializadas no município. Com isso, seriam atendidos pelo Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda ou por clínicas particulares credenciadas ao Programa.

O período pós-pandemia, causou um movimento de reorganização da saúde, no entanto, a nível mundial, houve um aumento de distúrbios cardiovasculares e psiquiátricos. As condições crônicas da população se agravaram e demandas de cirurgias eletivas foram retardadas. Silva (2020, p. 587) considera que “todas as circunstâncias listadas, se observadas em conjunto, indicam que, durante muito tempo, haverá uma maior demanda por serviços de saúde após o período de pandemia.”

Como resultado do referido contexto, a política de abertura de agendas para atendimentos precisa ser intensificada, com uma reorganização municipal, mapeando os casos mais graves e restabelecendo parcerias com rede credenciada, ampliando a estrutura própria e planejando ações como mutirões de atendimento.

Nesse contexto, de reestruturação para a retomada das políticas públicas municipais, concordamos com Souza (2021, p. 17-18) no que cerne aos elementos principais como comprometimento na implementação de programas necessários ao afirmar a efetivação destas ao,

distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; é abrangente e não se limita a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados;

embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação

Cabe à Gestão municipal agir de forma intencional e segura com ações que, gradativamente, tornem o atendimento mais rápido para a população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permeado de sentimentos diversos e respeito a uma época de muitas perdas humanas para milhões de pessoas é que foi pensada essa dissertação de mestrado, inspirada na avaliação em profundidade, que enfrenta o desafio, de forma geral, de avaliar as repercussões da pandemia da Covid-19 nas políticas e ações realizadas pelo Município de Maracanaú. De forma específica, o Município buscou : (1) caracterizar a Rede de Saúde do SUS no Município de Maracanaú; (2) discutir o plano do Município de Maracanaú, na execução da política pública de saúde no combate ao Covid-19; (3) identificar as potencialidades e fragilidades das ações desenvolvidas no planejamento do Município, para combater a pandemia de Covid-19; e (4) avaliar as principais mudanças decorrentes do enfrentamento da covid-19 pelo município de Maracanaú no tocante às demandas de saúde e às políticas e ações municipais da área da saúde.

A crise sanitária foi entendida pelo governo federal como uma pequena manifestação respiratória, no entanto, o enfrentamento pelo governo do estado do Ceará e pela Prefeitura de Maracanaú baseado em evidências científicas constituiu um diferencial diante do cenário avassalador que se apresentava.

O município de Maracanaú, com 41 anos de emancipação de Maranguape, faz parte da Região Metropolitana de Fortaleza. É detentor de uma população de 234.509 pessoas, seu principal destaque, seu o potencial industrial o faz ocupar o 2º lugar em seu PIB, ficando abaixo da capital alencarina.

Sua rede de saúde é composta por diversos equipamentos que englobam próprios e credenciados ou filantrópicos. A APS é composta por 29 estabelecimentos com 27 USF e 2 UBS indígenas com 71 ESF atendendo um total de 230. 986 pessoas.

Suas políticas públicas de saúde, coordenadas pela Secretaria de Saúde englobam a Coordenadoria da Atenção Básica de Saúde, Vigilância à Saúde, Controle de Endemias, Zoonoses, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, SOS Maracanaú, Saúde Mental e Central de Abastecimento Farmacêutico, o que faz desse município uma rede de grande porte.

Em 2020, a OMS caracterizou a Covid-19 como uma pandemia e o município de Maracanaú, seguindo as recomendações estaduais baseadas em fatos científicos adotou todas medidas à época, como as não farmacológicas e lockdown, exceto para os serviços essenciais.

A partir da semana 18 de 2020, é possível perceber o aumento do número de casos suspeitos e a partir da 25^a semana do mesmo ano, a crescente confirmação de casos. Contudo, o número de óbitos não foi considerado elevado. O Governo do Estado instalou uma ala dentro do estacionamento do Hospital Municipal João Elísio de Holanda exclusivamente para atender pacientes com Covid-19, concomitantemente, parte do hospital foi designado para esse atendimento.

Em 2021, com a distribuição de vacinas e a campanha em massa para atingir o maior número de pessoas, houve um decréscimo no número de casos suspeitos e confirmados, a partir da semana 26 deste ano. Em relação ao número de óbitos, percebe-se um número bem pequeno. Com isso, gradativamente a Prefeitura Municipal foi retomando a abertura de alguns serviços e desativando leitos exclusivos de atendimento à Covid-19.

No ano de 2022, o município ampliou a abertura de estabelecimentos comerciais e atividades que estavam proibidas à época. Entretanto, continuou com medidas não farmacológicas como as barreiras sanitárias, recomendação do uso de máscaras e uma intensa campanha para dar continuidade à vacinação em massa para Covid-19. Um ponto a merecer destaque, nesse mesmo ano, foi a retomada de atendimentos eletivos que estavam suspensos nos anos anteriores, como cirurgias e consultas.

Em maio de 2023, a OMS decreta o fim da emergência de saúde pública de importância internacional. Maracanaú, diante de muitas pessoas vacinadas, retoma sua abertura integral de todos os serviços municipais. Na saúde, algumas ações foram criadas e/ou intensificadas, como por exemplo, os postos de saúde tiveram seu horário de atendimento ampliados na semana e passaram a abrir aos finais de semana, um ônibus que percorre cada bairro realizando exames simples, consultas com médicos, nutricionistas e dentistas dentre outras ações e serviços de saúde, o Programa saúde sem fila, uma agenda de atendimento de consultas atrasadas que, por meio de parcerias com uma rede credenciada faz atendimento aos municípios.

Diante dessas ações é possível identificar um movimento por parte do governo a fim de atender a demanda reprimida desde a pandemia. É certo que essa pandemia desafiou governantes e, em geral, a humanidade a encontrar formas de sobrevivência em um tempo de negacionismo e diversidade de informações. A ciência, mais do que nunca, foi atacada, desqualificada e escrachada por uma parte da extrema direita nacional.

Dessa forma, a presente pesquisa conseguiu se deter de forma mais profunda e respeitosa nesse período nunca vivido, no município de Maracanaú, abrindo, por conseguinte, o olhar para o modo como este enfrentou esse momento e como, de forma gradativa está se reestruturando para voltar a uma normalidade.

Ao analisarmos os documentos oficiais à época: Legislação, Relatórios de Gestão Anual, reportagens, divulgação de números de casos confirmados, de óbitos e de vacinas, encontramos evidências das limitações da saúde em Maracanaú. As medidas tomadas pela gestão municipal foram de acordo com os protocolos da OMS e decretos estaduais pautados em evidências científicas. Com base na literatura, é possível afirmar que após a pandemia, Maracanaú traçou políticas para uma retomada dos serviços de saúde que estava impossibilitado de acontecer por conta do distanciamento social. Ao traçarmos um olhar pelo contexto histórico abordado nessa escrita durante os anos de 2020-2023 é possível perceber o decréscimo no número de casos a partir da campanha de vacinação e uma alta adesão por parte da população para a vacinação, principal forma de deter a propagação da Covid-19.

Por fim, a presente pesquisa contribuiu, por meio de um mapeamento cuidadoso, o que possibilitou uma organização cartográfica da política pública de saúde de Maracanaú, especificamente, o SUS, durante e após a pandemia de Covid-19 de Leis, Decretos e medidas adotadas nesse período tão específico.

REFERÊNCIAS

- Guindani AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de administração pública**, v. 47, p. 1021-1040, 2013.
- ALBERTI, A., SILVA, B. B., JESUS, J. A., ZANONI, E. M., & Grigollo, L. R. (2020). **Associação do maior número de mortes por COVID-19 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Cidades Catarinenses.**
- ALENCAR, Carlos Henrique *et al.* High effectiveness of SARS-CoV-2 vaccines in reducing COVID-19-related deaths in over 75-year-olds, Ceará State, Brazil. **Tropical medicine and infectious disease**, v. 6, n. 3, p. 129, 2021.
- AMARAL, J. J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica.** Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará, 2007. Disponível em:
<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf> Acesso em: 16 maio 2024.
- ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 5-8, 2023.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo, SP: Atlas, 2010.
- BARBOSA, Maria Abreu *et al.* **Hospital Municipal de Maracanaú:** reflexos das políticas nacionais de saúde em meio século de história / [Maria Abreu Barbosa (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 298 p.:il. color. – (Série I. História da Saúde no Brasil).
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994. (Coleção Ciências da Educação).
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 fev. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, 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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 236**, de 6 de outubro de 1991. Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l0236.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). **Política Nacional de Atenção Básica - (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde) v. 4**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 210 p. (Série C. Projetos e Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. **CORONAVÍRUS (COVID-19)**. 2020. Disponível em: www.coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca-o-que-e-COVID.2020. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Constituição, 1988. **Emenda Constitucional nº 86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica [internet]. Acesso em: 25 abr. 2024. Disponível em: www.planalto.gov.br

BRASIL. Constituição, 1988. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. Acesso em: 25 abr. 2024. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, **Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1)

BRITO, A. V. C. **População e governo**: vulnerabilidade à COVID-19 e intervenções públicas no enfrentamento da doença no Ceará. 144 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

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

CARVALHO, Alba Maria Pinho *et al.* CRISE DO CAPITAL - a contemporaneidade brasileira nos percursos do ajuste dependente ao capitalismo financeirizado. **Revista de Políticas Públicas**, v. 26, p. 296-314, 2022.

CARVALHO, Alba Maria Pinho; RODRIGUES JÚNIOR, Natan dos Santos. Modelo de ajuste nos governos petistas em meio à ideologia da conciliação de classes: chão histórico do Golpe de 2016 no Brasil Contemporâneo. **Revista em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, n. 44, 2019.

CEARÁ. **Decreto nº 33.500**, de 20 de março de 2020. Cria o Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www.seplag.ce.gov.br/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Decreto nº 33.519**, de 19 de março de 2020. Intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado do Ceará 2020.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico nº52**. Doença pelo novo coronavírus. 2021

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico nº 36**. Doença pelo novo coronavírus. 2021a.

CEARÁ. Lei nº 3.377, de 2 de maio de 2023. **Institui o Programa Saúde sem Fila e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, 2 maio 2023. Disponível em: <https://www.seplag.ce.gov.br/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COSTA, Lorena Filgueiras da. **Percepção de risco de contrair COVID-19 e inquérito sorológico entre a comunidade universitária na fase pré-vacinação da pandemia**. 2022.

COSTA, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2022.

CRUZ, Eliane A. et al. O Sistema Único de Saúde e o Partido dos Trabalhadores: histórico e desafios atuais. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 19, p. 5-34, 2020.

DUARTE, T. S., MARZULLO, M. C., SCHUMANN, E. (2020). Covid-19 e a distribuição territorial desigual do sistema técnico hospitalar: uma análise da região de saúde sul do Rio Grande do Sul. **Revista Ensaios de Geografia**, 5(10), 109-115.

ERMÍNIA, Maricato. Metrópole, legislação e desigualdade. **Estudos avançados**, v. 17, p. 151-166, 2003.

ESCOREL, S. NASCIMENTO, D. R.. EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária do SUS. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.

FARIA, C. A. P. A Política da Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-169, out. 2005, São Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc soc/a/dHQ6MVmWkGqbKQ6DrSP9shg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2023.

FERNANDES, J. S.; SILVA, J. B.; MUNIZ, A. M. V. Pandemia além da metrópole: análise da interiorização da COVID-19 no estado do Ceará. Confins. **Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de geografia**, n. 52, 2021.

FERNANDES, Jordan et al. **Vacinas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

FERTONANI, Hosanna Patríg et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FIOCRUZ. **Desafios da chegada da pandemia ao Brasil**. 2020. Disponível em: www.fiocruz.br. Acesso em: 01 fev. 2023.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002.

FREITAS, E. L. **Ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município de Viçosa, Minas Gerais**. 2021. 83 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2021.

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>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002

GUEDELHO, C. V. **Avaliação em profundidade da Política de Assistência Estudantil do Instituto Federal do Piauí**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

GUERREIRO, Clayton; ALMEIDA, Ronaldo de. Negacionismo religioso: Bolsonaro e lideranças evangélicas na pandemia COVID-19. **Religião & sociedade**, v. 41, p. 49-74, 2021.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. Políticas Públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Revista Desenvolvimento em Debate**. V. 4, n. 1, p. 83-101, 2016. Disponível em:

https://inctxped.ie.ufrj.br/desenvolvimentoemdebate/pdf/dd_v_4_1_Gussi_Oliveira.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

KHANNA, R.C. CICINELLI, M.V. GILBERT, S.S. HONAVAR, S.G. MURTHY, G.S.V. COVID-19 pandemic: Lessons learned and future directions. **Indian J Ophthalmol.** 2020 May;68(5):703-710. doi: 10.4103/ijo.IJO_843_20. PMID: 32317432; PMCID: PMC7350475.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas 2003.

LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

LOYOLA, Cristina Douat; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; DUTRA, Virginia Faria Damásio. Cuidando do futuro: redução da mortalidade infantil no Maranhão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1479-1484, 2018.

LUI, Lizandro et al. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00319151, 2021.

MACÊDO, KDS. COSTA, BS. SILVA, EB. SOUZA, NS. BECK, CLC. SILVA, KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XkVvYBMTbgRMLxQvkQGqQ7z/?lang=pt/>. Acesso em; 10 mar. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. **Lei nº 561**, de 1997. Institui Áreas de Vigilância à Saúde (Avisa) no Município de Maracanaú, Estabelece a Extinção Gradativa das Gerências de Unidades de Saúde e adota outras providências. Disponível em: <https://camaramaracanau.ce.gov.br/leis/export?20/>. Acesso em; 10 mar. 2023

MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão anual 2021**. 2021

MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022**. 2022.

MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão: 2º quadrimestre de 2023**. 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de**

Saúde.2007.

MEDINA, M. G. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de saúde Pública**, v. 36, n. 8, ago, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019.

MENEZES, Debora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís/MA, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORENO, A.B.; MATTA, G. C. COVID-19 e o dia em que o Brasil tirou o bloco da rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (eds). **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil:** populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19; Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 41-50. Informação para ação na COVID-19 série. ISBN: 978-65- 5708-032-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0003>. Acesso em: 01 jun. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 522-532, 2011.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.** 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 jun. 2023

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007

PAINEL CORONAVIRUS. **Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade.** 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 de maio de 2024.

PEDROSA, N. L.; ALBUQUERQUE, N. L. S. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2461-2468, 2020.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.

Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em:
<http://medicinadeemergencia.org/wpcontent/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112- SES-MT.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, Suplemento 2, p. 725-742, 2003.

REDE BRASIL. Coronavírus: Brasil tem primeiro caso confirmado. **Saiba o que fazer. Ministério da Saúde do Brasil**, 2020.

ROCHA, M. N. P. **Mulheres na Ciência**: uma avaliação Das Políticas Públicas De Apoio à Maternidade Implementadas no Âmbito da Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2022.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. COVID-19 na América Latina: as implicações do primeiro caso confirmado no Brasil. **Distúrbios Infecciosos Travel Med**, [S. I.], v. 35, 2020. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32126292/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

RODRIGUES, L. C. Proposta para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL- Revista de Avaliação de Políticas Públicas**. UFC, número 1, 2008, p. 7-15.

RODRIGUES, L. C. Método experimental e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Desenvolvimento em debate**. v.4, n.1, p.103-115, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31893>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, p. 1027-1034, 2005.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SAUPE, R. CUTOLI, L. R. A. WENDHAUSEN, A. L. P & Benito, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, 9(18), 521-36. 2005.

SANTOS, P. P.V. **Globalização, desigualdades e COVID-19**: uma análise do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento da pandemia. 2021. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

SEERIG, Ana Paula. **Enfrentamento da pandemia de Covid-19 no município de**

Santa Maria-RS: análise a partir de Mário Testa. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

SILVA, M. O.S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. Maria Ozanira da Silva e Silva (Org). São Paulo: Veras Editora, 2008, p. 19 a 108.

SILVA, Giuliano Alves Borges et al. Capacidade do sistema de saúde nos municípios do Rio de Janeiro: infraestrutura para enfrentar a COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 578-594, 2020.

SILVA, N. C. A.; MOROÇO, D. M.; CARNEIRO, P. S. O impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento eletivo: experiência de um Hospital de nível terciário e Centro de Referência para a doença. **Revista Qualidade HC**, v. 2, n. 1, 2021.

SOUSA FILHO, J.F.d. SILVA, U.M. LIMA, L.L. PAIVA, A.S.S. SANTOS, G.F. ANDRADE, R.F.S. et al. (2020). Associação da desigualdade urbana e segregação de renda com a mortalidade por COVID-19 no Brasil. **PLOS ONE** |Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277441> 15 de novembro de 2022.

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. I.], v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994>

STARFIELD, B. **Atenção primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. 2002.

TASCA, Renato et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 15-32, 2022.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2, 7-34, 1998.

THIAGO L.; SOUZA, P. T. Síndrome Gripal por COVID 19 e a universalidade do SUS. **Revista Business**, 2020.

TINOCO, D.S. et. al. Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.15, n.2, p. 305-313, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/847>. Acesso em: 27 de fev. 2023.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n.2, abr./jun. 1997.