

DÉFICIT DA SAÚDE BÁSICA NA PANDEMIA

PRISCILLA FERREIRA LEMOS

Fisioterapeuta, mestranda, pelo PPGSS da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Contato: priskfl@gmail.com

TAMAIARA DOS SANTOS CASTRO

Fisioterapeuta pós-graduada em Saúde Pública, Saúde Coletiva e Segurança do Trabalho pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – FAVENI. Contato: tamaiara.sc@hotmail.com

RESUMO

A atenção básica no Brasil caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o a fim de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Este artigo tem como objetivo geral apresentar os déficits da rede de saúde básica em meio a pandemia, além de expor as medidas de atuação da promoção em saúde baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil, e demonstrar como foi realizada a aplicação desses serviços junto com os atendimentos voltados a covid-19 no Brasil. A pesquisa expõe e conclui que a assistência nos atendimentos básicos não supriu sua demanda com qualidade devido a assistência voltada aos setores dos centros de atendimento a covid-19 e isso fez com que os índices de doenças que antes eram controladas apresentassem um desdobramento de aumento de casos, levando a um retrocesso para a saúde pública do brasileira.

Palavras-chave: Saúde Pública, Saúde Coletiva, Déficit, Pandemia.

INTRODUÇÃO

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

O período de pandemia no Brasil instaurou o colapso no sistema de saúde apresentando de forma intensificada as diversas falhas da aplicação e prática do sistema público de saúde, sistema ao qual desde sua fundação tenta suprir toda a demanda da população, o período da pandemia foi identificado como a maior crise sanitária e humanitária do século. A sobrecarga da demanda e resposta de oferta apresentou a menor efetividade, no aspecto da promoção e acompanhamento de saúde nos períodos antes da pandemia. O sistema manifestou o extenso déficit na não conciliação da contenção e assistência sobre os atendimentos ofertados ao quadro do covid-19 e da saúde básica dos brasileiros, como atendimentos, de prevenção, o diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamentos específicos são essenciais para o controle das doenças crônicas.

O Brasil é um país que dispõe de um dos maiores sistemas de saúde pública em todo o mundo, sendo um dos únicos que propõe ampla assistência por ser totalmente gratuita a toda a população, englobando pacientes com HIV, com câncer, doenças crônicas renais assintomáticas.

Desde a sua instituição segundo a Lei Orgânica de 1990 o Sistema Único de Saúde percorreu e ainda vem superando importantes mudanças, o expressivo destaque do avanço alcançado na sua universalidade, o processo de descentralização de incumbência, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios.

Segundo Barbosa (2020), no entanto, em meio à pandemia, o risco de contaminação e o isolamento social têm gerado medo e desinformação em pacientes crônicos assistidos pela rede básica de saúde, provocando aumento nos números de tratamentos interrompidos e prejudicando o diagnóstico precoce de doenças preveníveis. Com a precarização da vida social e econômica, têm aumentado os casos de transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos. As consequências são de difícil previsão exigindo, além de cuidados longitudinais, uma rede de saúde pública efetiva. Soma-se a isso um conjunto de problemas já vivenciados, como a precarização dos serviços públicos pela falta de profissionais, recursos materiais, condições de trabalho adequadas; além da flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social e desinvestimento em pesquisa, tecnologia e ensino. Isso exige de nós uma luta contra as emendas constitucionais que contingenciam os parques recursos destinados ao SUS desde a sua criação.

O trabalho tem como objetivo geral apresentar os déficits da rede de saúde básica em meio a pandemia. Além de expor as medidas de atuação da promoção em saúde baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil, e como foi realizada a aplicação desses serviços junto com os atendimentos voltados ao covid-19 no Brasil. Para realização do trabalho se utilizou bases de pesquisas em trabalhos científicos realizados durante a pandemia que serviram de estrutura, de análise para identificação da demanda de atendimentos básicos não voltados para o covid-19 e procura da população durante o período de pandemia com finalidade de identificar as principais dificuldades enfrentadas na atenção básica.

A metodologia realizada no presente trabalho encaminhou-se através de pesquisas com base em trabalhos científicos realizados durante a pandemia e de estudos na fundação de bases dos princípios do Sistema Único de Saúde.

DESENVOLVIMENTO

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde procura desenvolver uma Atenção Básica que conceda proximidade e supra as necessidades de saúde, com agilidade, qualidade e de modo acolhedor e humanizado.

A gestão do sistema de saúde brasileiro apresenta-se como um desafio para as três esferas de poder, com a responsabilidade de coordenar e auxiliar na construção de um SUS resolutivo e de qualidade. Essa complexidade é maior quando se considera a dimensão e heterogeneidade do país, tanto populacionais, geográficas, culturais quanto econômicas. Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, em 2006, foi aprovado e pactuado, entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o Pacto Pela Saúde - Consolidação do SUS (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 2003).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira e representa o mais importante avanço no campo da saúde pública do país, constituindo-se em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (FLEURY, 2009). Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda população do país (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2021).

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros (OLIVEIRA).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos

princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País (BRASIL, 2012).

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992).

No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das “ culturas” da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentra-se em componentes relacionados com ricos comportamentais passíveis de serem mudados, que se encontrariam, pole menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos de fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc. Nesta abordagem, fugiram do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos (MARCHIORI, 2002).

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, moderadamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos e práticas do segundo grupo. Sustenta-se ele na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Neste caso, as atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, o que só seria possível através de políticas públicas Inter setoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades (empowerment) em prol da sua saúde (MARCHIORI, 2002).

Segundo Boussqat que realizou o relatório de pesquisa Desafios de AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS, com dados quantitativos que apontam a questão da continuidade das atividades de rotinas da UBS por tipo, durante a pandemia Covid-19 segundo profissionais e gestores do Brasil e regiões, indicando atividades como:

- Visitas domiciliar pelo ACS;
- Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos;
- Pré – Natal;
- Consulta odontológica;
- Consultas de puericultura;
- Vacinação;
- Atividades dos profissionais do NASF-AB.

Tabela 1

Atividades	Brasil e regiões	Total		Mantidas da mesma forma		Adaptadas		Suspensas		Não era realizada antes da pandemia	
		P	G	P	G	P	G	P	G	P	G
Visita domiciliar pelo ACS	Brasil	1709	610	4,2	11,1	64,8	74,1	27,2	13,6	3,9	1,1
	Norte	135	52	5,2	9,6	62,2	71,2	28,1	19,2	4,4	0,0
	Nordeste	486	212	4,3	11,8	65,2	77,8	29,2	9,9	1,2	0,5
	Sudeste	641	170	3,3	11,2	66,0	68,2	25,9	18,2	4,8	2,4
	Sul	246	94	4,5	8,5	58,9	75,5	30,5	13,8	6,1	2,1
	Centro-Oeste	201	82	5,5	13,4	68,7	76,8	21,9	9,8	4,0	0,0
Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos	Brasil	1709	610	13,9	26,7	73,6	66,6	12,2	6,4	0,3	0,3
	Norte	135	52	17,0	23,1	77,0	69,2	5,9	7,7	0,0	0,0
	Nordeste	486	212	8,8	26,4	75,3	65,1	15,4	7,5	0,4	0,9
	Sudeste	641	170	13,3	25,3	71,5	67,6	15,1	7,1	0,2	0,0
	Sul	246	94	17,9	26,6	74,0	67,0	7,7	6,4	0,4	0,0
	Centro-Oeste	201	82	20,9	32,9	73,6	65,9	5,0	1,2	0,5	0,0
Pré-natal	Brasil	1709	610	58,2	72,1	38,4	26,4	2,5	1,1	0,9	0,3
	Norte	135	52	37,8	50,0	55,6	46,2	6,7	3,8	0,0	0,0
	Nordeste	486	212	47,3	71,2	48,4	26,4	3,7	1,9	0,6	0,5
	Sudeste	641	170	71,3	83,5	26,5	16,5	0,9	0,0	1,2	0,0
	Sul	246	94	57,7	73,4	38,4	25,5	2,5	0,0	0,9	1,1
	Centro-Oeste	201	82	57,2	63,4	40,3	35,4	1,5	1,2	1,0	0,0
Consulta odontológica	Brasil	1709	610	1,3	4,4	49,3	67,7	41,8	27,4	7,6	0,5
	Norte	135	52	2,2	1,9	33,3	65,4	46,7	32,7	17,8	0,0
	Nordeste	486	212	0,8	5,7	42,2	66,5	51,2	27,4	5,8	0,5
	Sudeste	641	170	1,6	1,2	49,5	67,1	40,5	31,2	8,5	0,6
	Sul	246	94	0,8	5,3	62,6	74,5	32,9	19,1	3,7	1,1
	Centro-Oeste	201	82	1,5	8,5	60,2	65,9	30,8	25,6	7,5	0,0
Consultas de puericultura	Brasil	1709	610	17,1	36,9	50,3	48,7	30,8	13,9	1,8	0,5
	Norte	135	52	13,3	28,8	43,0	51,9	40,0	19,2	3,7	0,0
	Nordeste	486	212	4,7	21,2	39,8	54,2	54,2	24,1	1,2	0,5
	Sudeste	641	170	24,8	54,1	53,3	40,0	20,2	5,9	1,7	0,0
	Sul	246	94	21,1	40,4	60,6	52,1	17,1	6,4	1,2	1,1
	Centro-Oeste	201	82	19,9	42,7	58,7	46,3	18,4	9,8	3,0	1,2
Vacinação	Brasil	1709	610	60,1	73,4	33,8	25,4	3,3	0,8	2,9	0,3
	Norte	135	52	36,3	46,2	47,4	46,2	13,3	7,7	3,0	0,0
	Nordeste	486	212	50,3	73,6	43,5	25,5	3,9	0,5	2,3	0,5
	Sudeste	641	170	72,4	84,7	23,6	14,7	0,9	0,0	3,1	0,6
	Sul	246	94	59,8	70,2	33,3	29,8	4,1	0,0	2,8	0,0
	Centro-Oeste	201	82	60,7	70,7	34,3	29,3	1,5	0,0	3,5	0,0
Atividades dos profissionais do NASF-AB	Brasil	1709	609	3,0	6,7	39,9	58,9	28,0	15,6	29,1	18,7
	Norte	135	52	3,7	7,7	32,6	57,7	17,8	19,2	45,9	15,4
	Nordeste	486	212	1,9	6,1	36,8	64,6	37,7	17,9	23,7	11,3
	Sudeste	641	170	3,8	5,3	42,1	52,4	28,5	15,3	25,7	27,1
	Sul	246	94	4,1	7,4	38,6	55,3	17,9	10,6	39,4	26,6
	Centro-Oeste	201	81	1,5	9,9	46,8	63,0	22,4	13,6	29,4	13,6

P: Profissionais; G: Gestores

Fonte: Pesquisa Desafios da AB no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS

A tabela 1 de Continuidade das atividades de rotinas da UBS apresenta os percentuais de e suspensão de atividades, segundo gestores, na região Sudeste (66,2%) e manutenção das atividades com estratégias adaptadas na região Sul (56,4%). A suspensão das atividades foi mais expressiva na região Norte (9,6%). (Tabela 1) (BOUSSQAT, 2020).

A tabela 2, que segue também do relatório de pesquisa Desafios de AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS, apresenta a Continuidade das atividades de rotina da UBS: agendamento, demanda espontânea, consultas médicas e de enfermagem, durante a pandemia Covid-19 segundo profissionais, Brasil e regiões, 2020.

Indicando as seguintes atividades:

- Agendamentos de consultas para grupos prioritários;
- Atendimento a demanda espontânea;
- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem.

Os processos de trabalho na realização das atividades rotineiras de cuidado e acompanhamento de grupos prioritários nas UBS, durante a pandemia, foram adaptados com a incorporação de formas de contato à distância, principalmente telefone. Dispor de uma lista de usuários é crucial para as iniciativas de acompanhamento e apresenta-se como um resultado muito positivo informado por 83,4% dos profissionais. A grande maioria dos profissionais (83,3%) e dos gestores (74,5%) também afirmou que ampliou o prazo de dispensação de receitas na maioria das UBS. A forma mais comum de acompanhamento à distância foi o telefone (50,8% e 37,7%, respectivamente para profissionais e gestores, na maioria das UBS), seguido da mensagem de texto por WhatsApp (42,2% para profissionais). As ferramentas on-line de vídeos e fotos (consultas para acompanhamento, exames ou receitas) foram relatadas por menos de 15% dos profissionais e de 10% dos gestores; com destaque positivo para a região Sul, com respostas em torno de 20% dos profissionais e dos gestores. Os profissionais da região Sul realizavam acompanhamento à distância com mais frequência, sendo estes chamada telefônica (58,5%), consulta on-line (23,6%), vídeo por WhatsApp (18,3%), envio de receitas (21,5%) e solicitação de exames pela internet/foto (19,1%). Uma outra atividade incorporada por parte das UBS no contexto da pandemia foi a entrega de medicamentos no

domicílio, com destaque para a Região Norte onde 44,4% dos profissionais relataram a sua realização e 71,2% dos gestores informaram que a entrega era realizada por todas (25%) ou algumas (46,2%) UBS. (BOUSSQAT, 2020).

Atividades	Brasil e regiões	Mantidas da mesma forma			Não era realizada antes da pandemia	
		Total	Adaptadas	Suspensas		
		n	%	%	%	%
Agendamento de consultas para grupos prioritários	Brasil	1709	12,3	71,5	15,3	0,9
	Norte	135	11,1	77,0	11,1	0,7
	Nordeste	486	6,8	73,7	18,3	1,2
	Sudeste	641	15,6	68,3	15,6	0,5
	Sul	246	11,8	70,7	15,9	1,6
Atendimento a demanda espontânea	Centro-Oeste	201	16,4	73,6	9,0	1,0
	Brasil	1709	23,5	63,5	12,4	0,6
	Norte	135	17,8	66,7	14,8	0,7
	Nordeste	486	13,6	66,9	18,7	0,8
	Sudeste	641	29,5	60,8	9,0	0,6
Consulta médica	Sul	246	28,9	61,0	9,8	0,4
	Centro-Oeste	201	25,9	64,7	9,5	0,0
	Brasil	1709	10,6	75,5	13,5	0,4
	Norte	135	20,0	72,6	6,7	0,7
	Nordeste	486	9,3	80,2	10,1	0,4
Consulta de enfermagem	Sudeste	641	6,9	69,1	23,9	0,2
	Sul	246	11,4	82,5	5,7	0,4
	Centro-Oeste	201	18,9	78,1	2,5	0,5
	Brasil	1709	13,2	72,8	12,3	1,7
	Norte	135	21,5	72,6	4,4	1,5
	Nordeste	486	8,8	79,0	11,1	1,0
	Sudeste	641	10,5	67,9	19,3	2,3
	Sul	246	17,5	74,8	6,5	1,2
	Centro-Oeste	201	21,4	71,6	5,0	2,0

Fonte: Pesquisa Desafios da AB no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS

Chamou-nos a atenção a ausência de apoio do NASF-AB nas UBS de 29,1% dos profissionais, com maior ausência no Norte (45,9%). As atividades do NASF-AB foram adaptadas segundo a maioria dos gestores (58,9%). No entanto, 28% dos profissionais relataram suspensão das atividades do NASF-AB, com maior frequência de suspensão no Nordeste (37,7%), (Tabela 2), (BOUSSQAT, 2020).

Segundo Levinger, 1996 (apud Ungere, 1998), a capacidade humana de se desenvolver e a sua capacidade de alcançar uma vida

melhor é fortemente marcada em três períodos do ciclo da vida. O primeiro inicia no nascimento e termina aos 5 anos de idade ou no início da idade escolar. O segundo é definido pelos anos em que o indivíduo recebe educação básica - que incluiria a idade escolar propriamente dita e a adolescência – e o último período é a fase adulta, na qual o indivíduo insere-se em atividades economicamente produtivas.

Em meio a pandemia, o risco de contaminação e o isolamento social tem gerado medo e desinformação em pacientes crônicos assistidos pela rede básica de saúde, provocando aumento no número de tratamentos interrompidos e prejudicando o diagnóstico precoce de doenças previsíveis. As consequências são de difícil previsão exigindo, além de cuidados longitudinais, uma rede de saúde pública efetiva. Soma-se a isso um conjunto de problemas já vivenciados, como a precarização dos serviços públicos e pela falta de profissionais, recursos materiais, condições de trabalho adequadas, além da flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social e desinvestimento em pesquisa, tecnologia e ensino. Isso exige de nós uma luta contra as emendas constitucionais que contingenciam os poucos recursos destinados ao SUS desde sua criação

CONCLUSÃO

Conclui-se que mesmo após décadas desde a sua criação o SUS ainda apresenta divergências quanto ao texto oficial e a aplicação de qualidade dos serviços da rede pública de saúde. Durante o colapso do setor da saúde devido a pandemia do covid-19 o Brasil pode compreender o real estado de calamidade do serviço público, e a população brasileira foi quem arcou de forma direta. O presente trabalho expõe e conclui que a assistência nos atendimentos básicos, não supriu sua demanda com qualidade devido a atenção voltada aos setores dos centros de atendimento a covid-19 e fez com os índices de doenças que antes eram controladas apresentassem um desdobramento de aumento desses casos, levando a um retrocesso na saúde pública do país. O despreparo do governo de como lidar com as situações de vários setores da saúde diante a pandemia, a falta de estruturação sólida e de financiamento assertivo para que o sistema de saúde seja aplicado e funcione de forma clara e objetiva é uma das maiores problemáticas

do setor da saúde pública no Brasil. Há necessidade de adequações e revisões das normas nacionais para o atual momento e para situações futuras afim de evitar colapsos na rede de saúde nacional, e para que os serviços oferecidos sejam garantidos. A reestruturação também se caracteriza por vários outros setores como os da educação, de cultura e economia tendo em vista que a promoção de saúde seja um conceito aplicado em diversas áreas. A otimização dos atendimentos básicos para que não sejam afetados de forma negativa, e a monitorização aplicada de forma rígida, organiza e aproxima as metas evitando grandes danos no setor de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, ELIZABETH. A pandemia e seus impactos na Atenção Primária em Saúde. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. Setembro de 2020.

BOUSQUAT A, Giovanella L, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel F, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000. BRASIL. Ministério da saúde. Pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão: Diretrizes operacionais. Brasília: 2006. v. 1. p. 76

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia Saúde da Família, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Cartilha do Servidor / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, 2009.

GIOVANELLA, LIGIA. MARTUFI, VALENTINA. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Out, 2020. file:///C:/Users/Tamaiara/Desktop/2115.pdf >.

MARCHIORI, P. BUSS. Prof. Titular da Escola Nacional de Saúde Pública. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da Saúde. (2002) Acesso no link: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)021.pdf) >. Acesso em Out. 2021.

OLIVEIRA, Denizi. CARDOSO, Eliane. CECÍLIO, Luiz. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Acesso: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade_e04.pdf>.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019-&lng=pt&nrm-iso>.

SUTHERLAND, R.W and Fulton, M.J (1992). Health promotion, in Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*, pp. 161 – 181.

UNGERER, R. (1998). Promoção da saúde no ciclo de vida. In: Buss, P.M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 88 – 100.

VIANNA, L.A.C., *Processo Saúde-Doença*, 2015.