

As concepções de integralidade na saúde frente à pandemia da Covid-19

Conceptions of integrality in health in face of the covid-19 pandemic

Iago Gonçalves Ferreira

Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4695-1982>

E-mail: iago_goncalves14@hotmail.com

Juliane Dias

Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3331-3615>

E-mail: dra.julianedias@gmail.com

Márcia Rosa da Costa

Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3340-0644>

E-mail: marciarc@ufcspa.edu.br

Resumo: Objetivo: Diante da complexa consolidação das concepções da integralidade no sistema de saúde, agravada pelos desafios conjunturais oriundos da pandemia, propomos analisar as repercussões e os desafios da integralidade em saúde no contexto da Covid-19. Método: Trata-se de ensaio teórico analítico, com método misto sequencial exploratório, organizado em duas fases: a primeira de caráter qualitativo, por meio de pesquisa bibliográfica teórica-conceitual sobre as concepções de integralidade na saúde; e a segunda de caráter quantitativo descritivo, em que se realizou levantamento de indicadores assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2020, primeiro ano da pandemia da Covid-19. Resultados: A pandemia Covid-19 agravou ainda mais as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, notando-se redução da assistência médica aos usuários a nível ambulatorial e hospitalar, com um aumento expressivo de 2.538.59% no número de internações no subgrupo de “doenças virais” comparando 2019 e 2020, impactando na concepção organizacional do sistema. Na concepção holística, a integralidade durante o período de pandemia trouxe prejuízos econômicos e psicossociais a inúmeros brasileiros, com taxas de desemprego de aproximadamente 13% no ano de 2020. Conclusão: O contexto psicossocial e econômico ocasionados pela pandemia da Covid-19, fizeram com que profissionais de saúde se defrontassem com o desafio de garantir a atenção e cuidado integral aos indivíduos em meio a um cenário de morbimortalidade elevada e escassez de recursos. Diante disso, ações de saúde interdisciplinares, envolvendo diversos setores da sociedade civil, governos e comunidades, tornam-se essenciais para o enfrentamento da pandemia e para o fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde; COVID-19.

Abstract: Objective: In view of the complex consolidation of the concepts of integrality in the health system, aggravated by the conjunctural challenges arising from the pandemic, we propose to analyze the repercussions and challenges of integrality in health in the context of Covid-19. Method: This is an analytical theoretical essay, with an exploratory sequential mixed method, organized in two phases: the first one in a qualitative perspective, through theoretical-conceptual bibliographic research on the conceptions of integrality in health; and the second one in a descriptive quantitative perspective, in which a survey of assistance indicators of the Brazilian Public Health System during the year 2020, the first year of the Covid-19 pandemic. Results: The Covid-19 pandemic further aggravated the structural weaknesses and bottlenecks of the SUS, with a noticeable reduction in medical care for users at the outpatient and hospital level, with a significant increase of 2.538.59% in the number of patients hospitalizations in the “viral diseases” subgroup comparing 2019 and 2020, impacting the system's organizational design. In the holistic conception, integrality during the pandemic period brought economic and psychosocial losses to countless Brazilians, with unemployment rates of approximately 13% in the year 2020. Conclusion: The psychosocial and economic context caused by the Covid-19 pandemic, caused that health professionals were faced with the challenge of guaranteeing integrality care and attention to individuals in the midst of a scenario of high morbidity and mortality and scarcity of resources. In view of this, interdisciplinary health actions, involving different sectors of civil society, governments and communities, become essential to face the pandemic and to strengthen the SUS.

Keywords: Integrality in Health; Unified Health System; Health Systems; COVID-19.

Introdução

O conceito de integralidade demonstra-se complexo, visto que se trata de um termo polissêmico, assumindo distintas interpretações e entendimentos conforme os contextos aos quais se encontra inserido¹. Na área da saúde, os sentidos da integralidade podem ser compreendidos a partir de duas perspectivas principais: sob a perspectiva da organização e dos fluxos dos sistemas de saúde – integralidade organizacional; ou sob o âmbito das práticas profissionais no cuidado aos indivíduos – integralidade holística².

A concepção organizacional da integralidade diz respeito às políticas e à organização dos serviços de saúde, de forma a possibilitar a oferta de ações de promoção, prevenção e diagnóstico de doenças, tratamento e reabilitação, em todos os níveis de atenção². Por outro lado, a concepção holística da integralidade refere-se aos múltiplos componentes do processo saúde-doença, envolvendo as dimensões biológica, psíquica e social dos seres humanos, que contrasta com o tradicional paradigma cartesiano¹.

A consolidação das concepções da integralidade no sistema de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS) – tem representado um complexo desafio para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, tornando-se ainda mais desafiante frente ao cenário atual, em que uma pandemia de escala global coloca à prova os sistemas de saúde dos países. Em dezembro de 2019, uma nova espécie de coronavírus desencadeou uma série de casos de síndrome respiratória aguda grave na cidade de Wuhan na China. A nova espécie, denominada de SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), disseminou-se por diversos países e continentes ao longo do ano de 2020, expondo as fragilidades e deficiências dos sistemas de saúde ao redor do mundo³.

A doença causada pela infecção pelo SARS-Cov-2 foi denominada de Covid-19 (*Coronavirus Disease 2019*), sendo declarada Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020⁴. A Covid-19 apresenta um espectro clínico variado desde quadros assintomáticos ou com sintomas leves como anosmia, coriza, tosse seca, cefaléia e mialgia; até quadro graves de insuficiência respiratória, que necessitam de ventilação mecânica e leitos de terapia intensiva³.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, e menos de um mês após a doença já demonstrava transmissão comunitária em todo o

território nacional. A elevada transmissibilidade e o risco de evolução para quadros graves, internações hospitalares e óbitos demandou de governos e gestores de saúde a readequação dos serviços hospitalares, infraestrutura e fluxos de atendimentos, de maneira a atender às necessidades oriundas da Covid-19⁵.

Entretanto, diante da complexidade desta conjuntura, as vulnerabilidades e carências crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a consolidação do princípio da integralidade. Devido à realocação de recursos estruturais e humanos para o atendimento aos casos de Covid-19, diversos serviços precisaram ser suspensos, adiando consultas, exames e cirurgias eletivas, aprofundando ainda mais os “gargalos” de acesso ao SUS, e conseqüentemente, a garantia da ‘integralidade organizacional’.

Por outra perspectiva, o impacto econômico provocado pela necessidade de isolamento social associado a falta de políticas de proteção às populações mais vulneráveis, agravaram ainda mais a desigualdade social no país. O desemprego, a falta de renda, o acesso precário à saúde e à educação tornaram-se ainda mais evidentes, resultando em um contexto ainda mais complexo a ser compreendido e assistido pelos profissionais de saúde na busca pelo cuidado integral, sob a visão da ‘integralidade holística’.

Frente ao contexto apresentado, esse estudo propõe um ensaio teórico analítico sobre as concepções de integralidade na saúde, bem como as repercussões da pandemia da Covid-19 para a consolidação das dimensões organizacional e holística da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos

O presente estudo trata-se de ensaio teórico analítico, desenvolvido por meio de método misto, o qual incorpora abordagens qualitativas e quantitativas para a análise abrangente e aprofundada de determinado objeto ou fenômeno^{6,7}. Dentre as variedades de métodos mistos, optou-se pelo modelo sequencial exploratório, sendo empreendido em duas fases: a primeira de caráter qualitativo, em que se conduziu uma pesquisa bibliográfica teórica-conceitual sobre as concepções de integralidade na saúde; e a segunda de caráter quantitativo descritivo, em que se realizou um levantamento de indicadores assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2020, primeiro ano da pandemia.

Na etapa qualitativa, a revisão bibliográfica foi realizada no período de março a junho de 2021, a partir das bases de dados ‘Medline’ (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e

‘Lilacs’ (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A estratégia de busca abrangeu publicações no período de 2000 a 2021, adotando como termos e operadores booleanos ‘Integralidade’ AND ‘Saúde’ AND ‘Concepção’, e os correlatos em inglês (em tradução livre) ‘Integrality’ AND ‘Health’ AND ‘Concept’.

Dessa forma, a partir dessa estratégia, foram identificadas 134 publicações — 23 registros na Medline e 111 registros na Lilacs, das quais 11 produções atendiam à proposta temática, após leituras preliminar e exploratória. Além disso, de forma a subsidiar a reflexão teórico analítica, incluiu-se como bibliografia complementar diretrizes, leis e documentações oficiais sobre a integralidade na saúde, e publicações referentes aos efeitos da pandemia da Covid-19 para a sociedade.

Na etapa quantitativa, foram utilizadas as bases de dados DataSUS, que apresenta informações assistenciais do SUS, propiciando a compreensão das repercussões da pandemia na organização dos fluxos do sistema público de saúde (dimensão organizacional da integralidade); e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, de forma a analisar as repercussões econômicas da pandemia (dimensão holística da integralidade).

Acerca das informações do DataSUS, adotou-se como parâmetros o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), correspondendo aos atendimentos na Atenção Primária e Atenção Secundária, respectivamente. Dessa maneira, foram analisados os atendimentos incluindo-se as categorias: Consulta médica em Atenção Primária; Consulta médica em Atenção Especializada; Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Primária; Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada; Consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento - puericultura; Consulta pré-natal; Consulta puerperal; Consulta/atendimento domiciliar e Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial. Além destas categorias de atendimentos, foram levantados dados acerca dos procedimentos clínicos, diagnósticos e cirúrgicos no SUS, assim como o quantitativo de internações hospitalares e perfil dos grupos de causas de hospitalização.

Nessa perspectiva, a partir das etapas quantitativa e qualitativa, elaborou-se um ensaio teórico-analítico acerca dos efeitos da pandemia da Covid-19 para o sistema público de saúde brasileiro, sob as perspectivas holística e organizacional da integralidade.

Revisão de literatura

A integralidade e suas concepções na saúde

O conceito de integralidade é polissêmico adquirindo significados particulares conforme a conjuntura que se encontra imerso. Segundo Oliveira *et al.* a integralidade não deve ser compreendida como sinônimo de totalidade, visto que seria melhor caracterizada como um processo, um meio ou um caminho para o alcance de determinada finalidade¹.

No contexto brasileiro, o Movimento de Reforma Sanitária, nas décadas de 1970 e 1980, introduziu duas concepções principais para o conceito de integralidade: uma compreensão ‘organizacional’ que contempla a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde desenvolvidas nos diferentes níveis de complexidade dos sistemas de saúde; e sob outra ótica uma compreensão ‘holística’ que reconhece as dimensões biológica, psicológica e sociocultural no processo saúde-doença, valorizando as interações entre sujeitos e a construção de vínculos entre os profissionais de saúde com os usuários, suas famílias e sua comunidade^{9,10}.

A concepção da ‘integralidade organizacional’, introduzida pela Reforma Sanitária, recebeu importante reforço na VIII Conferência Nacional de Saúde sendo consolidada através da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde. Esta lei estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários: equidade, universalidade e integralidade - este último princípio sob a perspectiva organizacional^{2,10-13}. Por essa compreensão, a noção de integralidade figura-se como elemento organizador do SUS, promovendo a integração entre programas, políticas e intervenções, de maneira a assegurar o cuidado integral dos indivíduos através de ações promotoras de saúde, preventivas, diagnósticas e curativas, em nível individual e coletivo^{9,13,14}.

Nessa perspectiva, enquanto princípio doutrinário do SUS, a integralidade pode ser compreendida como um fundamento regulador que visa organizar a assistência à saúde nos diferentes níveis de complexidade, articulando e integrando serviços por meio de redes assistenciais. Dessa maneira, a ‘integralidade organizacional’ se propõe a atender às necessidades físicas, emocionais e sociais dos indivíduos, em seus diversos contextos socioculturais, durante os variados ciclos de vida^{2,13,14}.

Sob outro ponto de vista, a ‘integralidade holística’ reconhece as diversas dimensões que compõem o processo saúde-doença, considerando os aspectos biopsicossociais dos indivíduos de forma particularizada^{1,15}. Tal concepção se contrapõe à visão cartesiana, predominante no

pensamento científico moderno, sob a qual os sujeitos são compreendidos em uma perspectiva fragmentada e reducionista em que a ‘reunião das partes’ constitui o indivíduo como um todo¹. A concepção de integralidade holística tornou-se amplamente difundida a partir da definição de saúde estabelecida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde em 1946, que a reconhecia como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”¹⁶. Posteriormente, em 1978, a Conferência de Alma-Ata destacou a importância dos determinantes econômicos e sociais no processo saúde-doença, reforçando o sentido holístico dos cuidados em saúde¹⁷.

Por essa compreensão, as práticas dos profissionais de saúde devem abranger os contextos sociais, valores e crenças dos indivíduos, pressupondo a capacidade de diálogo e construção de “territórios comuns” entre profissionais e pacientes. Nesse sentido, a integralidade se concretizaria por meio do entrelace de conhecimentos técnico-científicos da saúde com a realidade, às necessidades e às percepções dos sujeitos^{15,18}.

Devido à complexidade conceitual que envolve a integralidade, sua efetivação nos sistemas de saúde representa um projeto desafiador para profissionais, para gestores e para sociedade, principalmente diante do contexto atípico e desalentador provocado pela pandemia da Covid-19.

O impacto da Covid-19 no Sistema Único de Saúde: uma perspectiva organizacional da integralidade

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado o maior sistema de saúde público e universal do mundo, atendendo cerca de 75% da população brasileira que não possui seguro saúde privado, dependendo exclusivamente do sistema público¹⁹. Apesar de sua capilaridade e cobertura, o SUS ainda revela profundas dificuldades na oferta adequada de cuidados em saúde nos diferentes níveis de atenção, limitando o acesso dos usuários aos recursos do sistema^{5,19}.

A pandemia da Covid-19 agravou ainda mais as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, principalmente devido a distribuição desigual de estruturas físicas, de profissionais da saúde, de financiamento e de gestão qualificada no território brasileiro⁵. Tal conjuntura torna-se ainda mais grave ao considerar a situação social da população brasileira com condições de vida e saúde precárias oriundas do segundo ciclo de recessão econômica no país em menos de uma década²⁰.

O primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 no estado de São Paulo, nos meses seguintes deste mesmo ano, a doença se disseminou pelas

demais 26 unidades federativas, tornando o Brasil o segundo país em número de casos e mortes no mundo. A rápida transmissão da doença provocou um súbito aumento na demanda por atendimentos e internações hospitalares, requerendo a realocação de profissionais e recursos para o manejo dos quadros de Covid-19¹⁹.

Em decorrência do momento vivenciado pelo país, gestores, profissionais da saúde e instituições são forçados a realizar escolhas para o enfrentamento da pandemia, repensando arranjos e estratégias de maneira a atender o direito à ‘saúde emergencial’ dos indivíduos. Nesse sentido, a realocação dos serviços de saúde somada as medidas de distanciamento social propiciaram o adiamento de centenas de milhares de consultas, exames, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos em todos os níveis de atenção à saúde, impactando enormemente a garantia à integralidade.

De acordo com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais, as consultas médicas em Atenção Primária e Atenção Secundária apresentaram redução de 29,0% e 27,4%, respectivamente, no comparativo entre os anos de 2019 e 2020 – Tabela 1. Nota-se assim uma considerável redução da assistência médica aos usuários do SUS, comprometendo enormemente a garantia da integralidade, principalmente ao considerar o caráter de coordenação e de “porta de entrada” da Atenção Primária aos demais níveis de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, entre as atribuições da Atenção Primária consta a coordenação da integralidade, por meio da gestão do cuidado dos usuários nos diversos segmentos da rede de atenção e da integração de ações programáticas e de demanda espontânea²¹. Contudo, em meio à expressiva demanda por atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios, ações programáticas como acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, pré-natal e puerperal apresentaram relevantes limitações, com destaque para a puericultura com diminuição de cerca de 24 milhões de consultas no comparativo bienal – Tabela 1.

Tabela 1 – Atendimentos ambulatoriais no Sistema Único de Saúde, biênio 2019/2020*.

Os procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos também revelaram notável redução, especialmente na comparação entre os segundos trimestres de 2019 e 2020 – Figura 1. Da mesma forma, as internações hospitalares sofreram diminuição expressiva no ano de 2020, quando

comparado a 2019, com decréscimo de 14,9%, impactando de forma mais intensa as internações de caráter eletivo, com taxa de redução de 40,29% - Tabela 2.

O enfrentamento à Covid-19 tem revelado as fragilidades do sistema de saúde, que diante do aumento exponencial da demanda por internações para tratamento da doença, necessitou se reorganizar através da realocação de leitos, da construção de hospitais de campanha e do redirecionamento de recursos estruturais e humanos²⁰. Por conseguinte, outros grupos de doenças frequentemente responsáveis por internações hospitalares, apresentaram elevada redução em 2020 no comparativo com os três anos anteriores – Tabela 3.

Na Tabela 3, pode se observar que grupos de doenças dos capítulos como II - Neoplasias (C00 - D48), IX - Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99) e XI - Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93), demonstraram redução de 21,22%, 22,5% e 32,3%, respectivamente, na comparação entre os anos de 2019 e 2020. Por outro lado, as internações por Doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) exibiram aumento 29,3%, impulsionadas pelo subgrupo 'Restante de outras doenças virais', que engloba o CID-10 B34.2 referente a Covid-19. Neste subgrupo, o quantitativo de internações aumentou de 18.928 em 2019 para 499.433 em 2020, expansão de 2.538.59%.

Os reflexos da Covid-19 na sociedade brasileira: uma perspectiva holística da integralidade

A 'integralidade holística' compreende as diversas dimensões biopsicossociais envolvidas no processo de adoecimento dos indivíduos, reconhecendo a importância de seus contextos sociais e assistindo suas necessidades de forma particularizada^{2,15}. A elevada transmissibilidade da Covid-19 impôs a sociedade novos padrões de comportamento, como o uso de máscaras, o distanciamento social, a adoção de novas formas de cumprimento e de manifestação de afeto, além da restrição de aglomerações.

Neste novo cenário, escolas e universidades foram fechadas, eventos científicos e culturais precisaram ser adiados e/ou cancelados, assim como academias, parques e outros espaços de lazer tiveram suas atividades restritas. Apesar da importância das medidas preventivas para o controle da pandemia, tais restrições somadas às incertezas em relação à Covid-19 provocaram profundos danos na saúde física e mental dos indivíduos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as circunstâncias catastróficas de uma pandemia em larga escala pode provocar enormes prejuízos econômicos e psicossociais, principalmente entre populações mais vulneráveis²². Nabuco *et al.* ressaltam que as

consequências pandêmicas são imensuráveis, sendo sentidas - em maior ou menor grau - por toda a população, com potencial de superar a morbimortalidade ocasionada pela própria infecção²³.

Nessa conjuntura, tornam-se frequentes manifestações de sofrimento mental como o consumo abusivo de substâncias psicoativas e bebidas alcoólicas, e o aumento da incidência de transtornos psíquicos, incluindo estresse, medo, depressão, ansiedade e insônia²²⁻²⁴. Ademais, as perdas humanas decorrentes da Covid-19 implicam em rupturas de planos e projetos de vida das famílias enlutadas, amplificando o sofrimento psíquico oriundo desta circunstância catastrófica. O quadro torna-se ainda mais doloroso, ao se considerar as limitações sanitárias impostas aos cuidados funerários de óbitos por Covid, as quais impedem a expressão de ritos, normas e comportamentos tradicionais de luto, necessários para o processo de rearranjo emocional individual e familiar^{22,23}.

No entanto, paradoxalmente, a assistência à saúde mental foi extensamente limitada no biênio analisado, sobretudo nos Centros de Atenção Psicossocial em que os atendimentos individuais apresentaram queda de 98,39% - Tabela 1. Em contraste, ao longo do ano de 2020, despontaram iniciativas de atendimentos psicológicos voluntários online com apoio dos Conselhos Regionais de Psicologia, objetivando assistir aos transtornos oriundos do isolamento social²⁴. Frente a situações de calamidade, grupos sociais mais vulneráveis tornam-se mais suscetíveis a cenários de violação de direitos, incluindo violência doméstica e abuso psicológico. O convívio intradomiciliar excessivo imposto pelo distanciamento social associado às dificuldades econômicas podem suscitar conflitos interpessoais familiares e situações de violência, expondo principalmente idosos, crianças e mulheres²⁵.

Em relação às mulheres, as restrições de mobilidade exercem impactos psicossociais de maneiras diversas, incluindo a sobrecarga de trabalho doméstico, a necessidade de conciliação entre o trabalho remoto e o cuidado com os filhos, além da redução do suporte social de familiares e amigos, limitando a possibilidade de denúncias de violência doméstica²⁵. No caso das crianças, a interrupção do acesso à escola e à convivência com seus pares reduziu enormemente as oportunidades de lazer e de recreação, estimulando comportamentos irritadiços, agressivos ou de desobediência, além de prejudicar seu desenvolvimento físico e psicológico^{22,25}.

Além do contexto psicossocial dos indivíduos, a concepção da 'integralidade holística' também compreende a atenção às condições socioeconômicas, na medida em que essas afetam diretamente a qualidade de vida e a saúde das populações assistidas. Por esse prisma, a pandemia da Covid deteriorou severamente a economia brasileira, provocando queda na produção

industrial, amplas restrições ao setor de serviços e expressivo declínio das exportações. Segundo o Banco Mundial, o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro apresentou contração de cerca de 5% no ano de 2020, com histórica queda de 9,7% no segundo trimestre. Conseqüentemente, a taxa de desemprego atingiu 13,3% em junho de 2020, a maior desde 2017, com o aumento da informalidade a qual também se demonstrava prejudicada pelas restrições sanitárias²⁶.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua⁸ - PNAD Contínua do IBGE, os segundo e terceiro trimestres de 2020 demonstraram expressiva retração do número de 'ocupados' na força de trabalho – cerca de 10 milhões de pessoas - associada ao aumento do quantitativo de indivíduos 'desocupados' e 'fora da força de trabalho', coincidindo com o período de maior distanciamento social e restrição das atividades do setor de comércio e serviços.

Em face da situação econômica do país, o governo federal e o Congresso Nacional articularam um pacote de auxílio emergencial para proteção das populações mais vulneráveis, principalmente os beneficiários dos programas de transferência de renda e os trabalhadores informais. Assim, através da lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, o Ministério da Economia lançou o programa de auxílio emergencial com custo total de 321 bilhões de reais em 2020²⁶⁻²⁸.

Entretanto, conforme previsão inicial, o programa foi interrompido em janeiro de 2021, deixando milhões de desempregados e trabalhadores informais sem garantia do auxílio, ao passo que, a pandemia ainda não se demonstrava sob controle. Dessa forma, frente a precariedade de renda, inúmeros trabalhadores foram obrigados a exercer suas atividades, expondo-se aos transportes públicos lotados, circulação urbana e aos riscos de contrair a Covid-19^{24,29}.

A complexidade e a amplitude da pandemia da Covid-19 demandam articulações intersetoriais e integradas entre governos, gestores, profissionais de saúde, comunidade, empresas privadas, organizações não-governamentais e entidades religiosas, de maneira a implementar ações abrangentes e articuladas nas áreas da educação, saúde, economia, esporte e cultura. Além disso, as equipes de saúde devem estar atentas e capacitadas a identificar e assistir a situações de violação de direitos, principalmente de grupos vulneráveis^{23,30}.

Conclusão

Diante da complexa conjuntura psicossocial e econômica ocasionadas pela pandemia da Covid-19, os profissionais de saúde defrontam-se com o desafio de ofertar atenção e cuidado integral aos

indivíduos – reconhecendo os aspectos físicos, psíquicos e sociais que afetam o processo saúde e doença – em meio a um cenário de escassez de profissionais, de fluxos de atendimentos e referenciamentos, de insumos e de políticas sociais.

Acrescenta-se a tal contexto, a desarticulação entre entes federativos, as baixas taxas de isolamento, o desprezo às recomendações sanitárias por determinados segmentos sociais e governamentais e o surgimento de novas variantes do Sars-Cov-2 que provocaram uma explosão de casos agravando assombrosamente a situação dos sistemas de saúde. Consequentemente, profissionais, gestores e pesquisadores de saúde são defrontados a situações cada vez mais difíceis e adversas.

Frente às intempéries desse quadro ímpar, a articulação interdisciplinar entre atores e setores sociais, figura-se como o único caminho viável para o fortalecimento das ações em saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19, assegurando a integralidade em perspectiva polissêmica.

Referências

1. Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: Algumas Reflexões. Rev Bras Educ Med. setembro de 2018;42(3):146–52.
2. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):532–6.
3. Gisondi P, Piaserico S, Conti A, Naldi L. Dermatologists and SARS-CoV-2: the impact of the pandemic on daily practice. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2020;34(6):1196–201.
4. Darlenski R, Tsankov N. COVID-19 pandemic and the skin: what should dermatologists know? Clin Dermatol. 2020;(xxxx):4–6.
5. Oliveira WK de, Duarte E, França GVA de, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras. 2020;29(2):e2020044.
6. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de Métodos Mistos. 2ª. Penso Editora; 2013. 287 p.
7. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 1ª edição. São Paulo: Editora Cortez; 2013. 274 p.
8. IBGE IB de G e E-. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Brasília; 2020.
9. Paim JS, Silva LMV da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol do Inst Saúde. 2010;12(2):1–6.
10. Taroco APRM, Tsuji H, Higa E de FR. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. Rev Bras Educ Med. 2017;41(1):12–21.

11. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2017;41(115):1177–86.
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 [Internet]. 1990 [citado 1 de dezembro de 2020]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
13. Alves LR. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário*. 2017;6(1):153–66.
14. Makuch DMV, Zagonel IPS. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Educ Med*. dezembro de 2017;41(4):515–24.
15. Nunes MR, Vidal SV. Os diversos aspectos da integralidade em saúde. *Rev Med Família e Saúde Ment*. 2019;1(1):201–9.
16. Organização Mundial da Saúde - OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial da Saúde - OMS 1946.
17. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma Ata. Ministério da Saúde, Brasil 1979 p. 15.
18. Oliveira IC, Cutolo LRA. Humanização como expressão de Integralidade. *Mundo da Saude*. 2012;36(3):502–6.
19. Andrade CLT, de Aguiar Pereira CC, Martins M, Lima SML, Portela MC. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). *PLoS One*. 2020;15(12 December):1–17.
20. Araújo JL de, Oliveira KKD de, Freitas RJM de. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 2(Suppl 2):e20200247.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasil: Ministério da Saúde; 2012 p. 114.
22. Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Proteção da saúde mental em situações de epidemias. 2006.
23. Nabuco G, Pires de Oliveira MHP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 18 de setembro de 2020;15(42):2532.
24. Pavani FM, Silva AB da, Olschowsky A, Wetzell C, Nunes CK, Souza LB. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:1–26.
25. Marques ES, Moraes CL de, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4).
26. Banco Mundial. Brasil: aspectos gerais. 2020 nov.
27. Ministério da Economia B. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Brasília; abr 2, 2020.
28. Ministério da Economia B. Análise do Impacto Fiscal das Medidas de Enfrentamento ao Covid-19. Brasília; 2020.

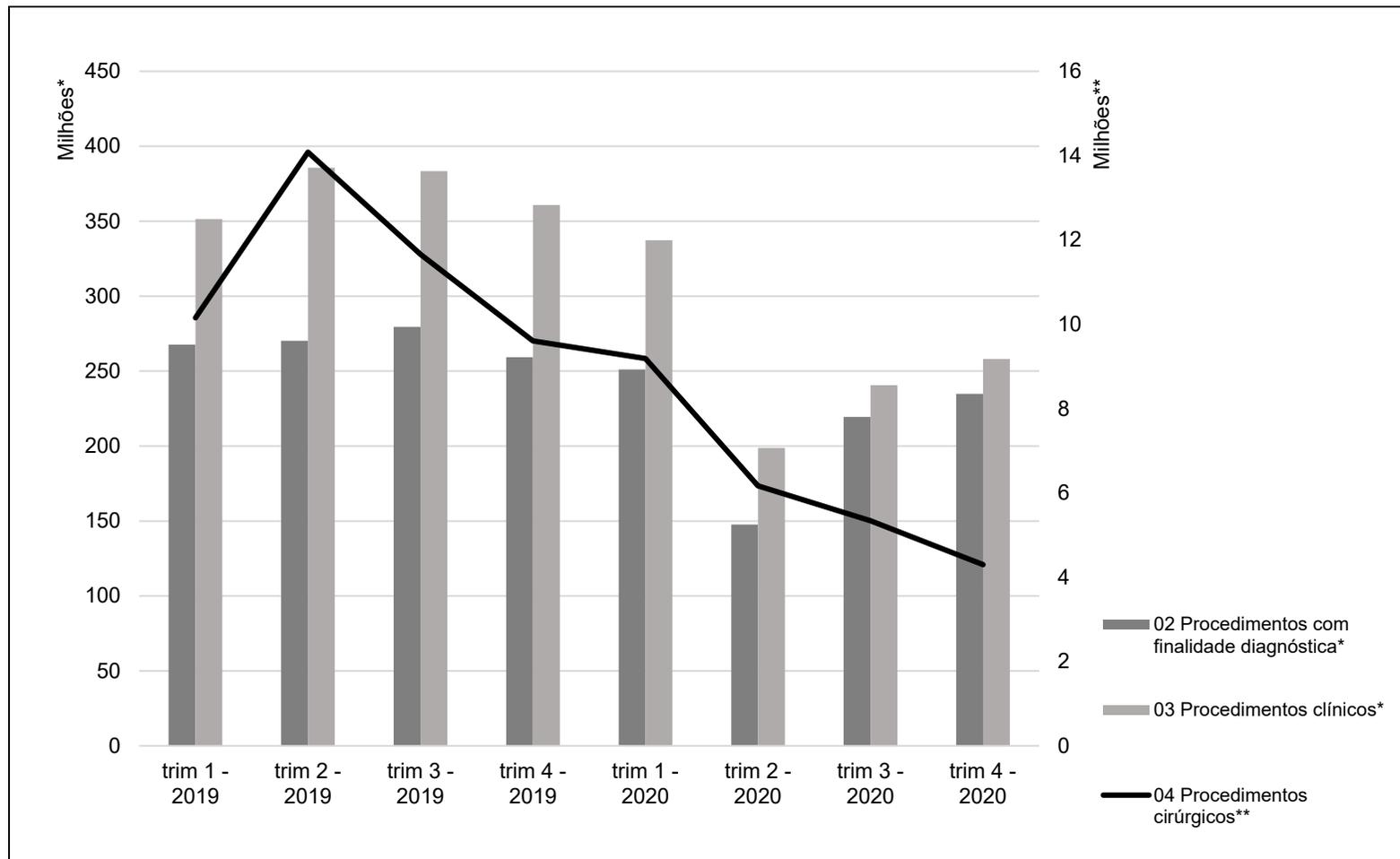
29. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato L de VC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde em Debate*. 2020;44(125):289–96.
30. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:1–5.

Tabela 1 – Atendimentos ambulatoriais no Sistema Único de Saúde, biênio 2019/2020*.

| Atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) | 2019 | | | | | 2020 | | | | | Taxa de redução dos atendimentos % |
|--|------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------------------------------|
| | 1º trim. | 2º trim. | 3º trim. | 4º trim. | Total | 1º trim. | 2º trim. | 3º trim. | 4º trim. | Total | |
| Consulta médica em Atenção Primária | 10,481,761 | 11,013,304 | 10,303,514 | 11,492,785 | 43,291,364 | 11,377,468 | 4,554,767 | 6,640,996 | 8,154,915 | 30,728,146 | 29.02 |
| Consulta médica em Atenção Especializada | 28,166,559 | 37,474,009 | 37,154,930 | 33,721,963 | 136,517,461 | 29,063,016 | 19,361,063 | 24,588,614 | 26,097,080 | 99,109,773 | 27.40 |
| Consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (Puericultura) | 20,352,348 | 20,337,172 | 18,878,367 | 182,380,30 | 77,805,917 | 15,883,997 | 10,940,201 | 13,138,283 | 13,345,128 | 53,307,609 | 31.48 |
| Consulta pré-natal | 28,774,234 | 30,815,391 | 33,185,352 | 32,036,048 | 124,811,025 | 27,145,516 | 12,960,097 | 19,525,410 | 28,327,096 | 87,958,119 | 29.52 |
| Consulta puerperal | 1,441,035 | 1,339,833 | 1,162,237 | 1,083,121 | 5,026,226 | 1,082,486 | 509,162 | 177,422 | - | 1,769,070** | - |
| Consulta/Atendimento domiciliar | 1,520,152 | 1,626,047 | 1,665,330 | 1,391,888 | 6,203,417 | 1,276,352 | 1,329,359 | 1,563,934 | 1,167,985 | 5,337,630 | 13.95 |
| Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Primária* | 221,169 | 226,790 | 217,722 | 214,157 | 879,838 | 311,879 | 89,811 | 91,213 | 233,625 | 726,528 | 17.42 |
| Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada* | 1,224,382 | 1,039,908 | 1,282,739 | 1,509,847 | 5,056,876 | 793,336 | 484,849 | 671,293 | 610,567 | 2,560,045 | 49.37 |
| Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial | 92,181,640 | 10,3872,454 | 103,850,191 | 99,687,839 | 399,592,124 | 1,641,585 | 140,1273 | 1,740,396 | 1,624,083 | 6,407,337 | 98.39 |

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – Sistema Único de Saúde (SUS) – Datasus, Ministério da Saúde, Brasil. *Atendimentos e códigos de registro no SIA: Consulta médica em Atenção Primária (Cód. 0301010064); Consulta médica em Atenção Especializada (Cód. 0301010072); Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Primária (Cód. 0301010030); Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (Cód. 0301010048); Consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento - puericultura (Cód. 0301010080); Consulta pré-natal (Cód. 0301010110); Consulta puerperal (Cód. 0301010129); Consulta/atendimento domiciliar (Cód. 0301010137) e Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial (Cód. 0301080208).

Figura 1 – Procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos no Sistema Único de Saúde, por trimestres, no biênio 2019/2020.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – Sistema Único de Saúde (SUS) – Datasus, Ministério da Saúde, Brasil.

*Valores em centenas de milhões (colunas)

**Valores em dezenas de milhões (linhas)

Tabela 2 – Caráter das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde, no biênio 2019/2020.

| Caráter do atendimento | 2019 | | | | | 2020 | | | | | Taxa de redução % |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|-------------------|
| | 1º trim. | 2º trim. | 3º trim. | 4º trim. | Total | 1º trim. | 2º trim. | 3º trim. | 4º trim. | Total | |
| Eletivo | 592.060 | 662.119 | 695.265 | 643.026 | 2.592.470 | 561.022 | 248.695 | 369.076 | 369.076 | 1.547.869 | 40.29 |
| Urgência | 2.351.209 | 2.472.949 | 2.422.788 | 2.345.954 | 9.592.900 | 2.316.000 | 2.048.427 | 2.228.647 | 2.228.647 | 8.821.721 | 8.03 |
| Total | | | | | 12.185.370 | | | | | 10.369.590 | 14.90 |

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Sistema Único de Saúde (SUS) – Datasus, Ministério da Saúde, Brasil.

Tabela 3 – Causas de internação no Sistema Único de Saúde, por capítulos do CID-10, no quadriênio 2017/2020.

| Capítulos do CID-10* | Anos | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) | 755.758 | 754.202 | 808.752 | 1.045.982 |
| .. Outras doenças virais | 18.930 | 19.071 | 21.882 | 500.848 |
| Meningite viral | 2.895 | 2.885 | 2.954 | 1.415 |
| Restante de outras doenças virais | 16.035 | 16.186 | 18.928 | 499.433 |
| II. Neoplasias (C00 - D48) | 797.197 | 837.814 | 886.757 | 698.545 |
| III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50 - D89) | 102.649 | 105.451 | 110.789 | 84.984 |
| IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90) | 242.005 | 241.318 | 247.137 | 185.170 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) | 217.777 | 226.876 | 237.225 | 184.711 |
| VI. Doenças do sistema nervoso (G00 - G99) | 190.845 | 197.725 | 203.923 | 151.105 |
| VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59) | 113.944 | 128.200 | 134.964 | 79.209 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95) | 20.040 | 19.645 | 21.868 | 10.669 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99) | 1.137.207 | 1.155.560 | 1.180.509 | 913.875 |
| X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99) | 1.187.002 | 1.180.369 | 1.190.788 | 700.450 |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93) | 1.107.928 | 1.170.242 | 1.213.057 | 821.995 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99) | 256.125 | 265.771 | 283.950 | 191.578 |
| XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99) | 205.693 | 213.945 | 219.803 | 133.017 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99) | 802.471 | 840.643 | 874.684 | 606.610 |
| XV. Gravidez, parto e puerpério (O00 - O99) | 2.429.987 | 2.481.810 | 2.446.396 | 2.193.274 |
| XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96) | 286.966 | 296.420 | 306.230 | 283.900 |
| XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99) | 82.711 | 86.489 | 91.268 | 56.752 |
| XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99) | 188.985 | 204.360 | 217.043 | 170.419 |
| XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98) | 1.161.400 | 1.193.323 | 1.238.969 | 1.078.455 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde (Z00 - Z99) | 236.139 | 257.472 | 271.301 | 184.841 |
| Total | 11.522.829 | 11.857.635 | 12.185.413 | 9.775.541 |

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Sistema Único de Saúde (SUS) – Datasus, Ministério da Saúde, Brasil.

Tabela 4 – Condição de ocupação de pessoas de 14 anos ou mais de idade no Brasil, ano de 2020, segundo a PNAD Contínua

| Condição de ocupação* | 2020 | | | |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 1 trim. | 2 trim. | 3 trim. | 4 trim. |
| Força de trabalho** | 105.073 | 96.138 | 96.556 | 100.104 |
| Ocupados | 92.223 | 83.347 | 82.464 | 86.179 |
| Desocupados | 12.850 | 12.791 | 14.092 | 13.925 |
| Fora da força de trabalho** | 67.281 | 77.781 | 78.565 | 76.258 |
| Total | 172.354 | 173.918 | 175.121 | 176.362 |

Fonte: Adaptado a partir de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Coordenação de Trabalho e Rendimento, Diretoria de Pesquisas, IBGE⁸.

*Em milhões de pessoas

**População na força de trabalho: São classificadas como na força de trabalho na semana de referência as pessoas ocupadas e as pessoas desocupadas nessa semana.; População ocupada: São classificadas como ocupadas na semana de referência as pessoas que, nesse período, trabalharam pelo menos uma hora completa em trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.), ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou parente que reside em outro domicílio, ou, ainda, as que tinham trabalho remunerado do qual estavam temporariamente afastadas nessa semana; População fora da força de trabalho: São classificadas como fora da força de trabalho na semana de referência as pessoas que não estavam ocupadas nem desocupadas nessa semana.