

Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde

Cristiane Spadacio, Márcia Guimarães de Mello Alves

RESUMO

As autoras tomam a emergência da COVID-19 como analisador das relações estabelecidas entre o social e o biológico, a partir dos discursos político-sanitários vigentes, no contexto atual brasileiro. A base conceitual dessa reflexão é a noção de epidemia como “evento social” de Stark (1977), ou seja, considerando as dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas desse evento. Partem de notícias recentes, veiculadas em periódicos de pequena e grande circulação, para refletir acerca da contribuição das ciências sociais, sob, pelo menos, duas perspectivas: uma crítico-reflexiva, acerca de políticas neoliberais, especialmente no Brasil e sua influência na garantia de benefícios sociais para grupos mais vulneráveis; e outra, interacional, a fim de compreender os diversos significados de algumas das principais medidas para contenção da epidemia: o distanciamento e isolamento social. Por fim, procuram demonstrar a potência da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia e a necessidade e premência de seu fortalecimento.

Palavras-chave: Pandemia; COVID-19, APS, Determinantes Sociais da Saúde; Ciências Sociais; Epidemiologia.

ABSTRACT

The authors take the emergence of COVID-19 as an analyzer of the relations established between the social and the biological, based on the current political-sanitary discourses in the current Brazilian context. The conceptual basis of this reflection is the notion of epidemic as a “social event” by Stark (1977), that is, considering the ideological, political and socioeconomic dimensions of this event. From recent news, published in journals of small and large circulation, they reflect on the contribution of social sciences, under at least two perspectives: a critical-reflexive one, about neoliberal policies, especially in Brazil and its influence in guaranteeing social benefits for the most vulnerable groups; and another, interactional, in order to understand the different meanings of some of the main measures to contain the epidemic: distancing and social isolation. Finally, they seek to demonstrate the power of Primary Health Care in facing the pandemic and the need and urgency to strengthen it.

Keywords: Pandemic; COVID-19; Primary Health Care, Social Determinants of Health; Social Sciences; Epidemiology.

Revista da Rede APS 2020

Publicada em: 15/04/2020

DOI:10.14295/aps.v2i3.67

Cristiane Spadacio
(Faculdade CERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil);

Márcia Guimarães de Mello Alves
(Departamento de Planejamento em Saúde/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil).

Correspondência para:
Cristiane Spadacio
cris.spadacio@gmail.com

Márcia Guimarães de Mello Alves
marciagma@id.uff.br

As teorias sociais ajudam a descortinar eventos, fatos, relações sociais e institucionais para além da produção de conhecimento. Quando em uma perspectiva reflexiva, é capaz de promover ações e mudanças (GIDDENS; 2002). No campo da Saúde Coletiva, no Brasil, é possível delinear algumas contribuições clássicas do aporte teórico das ciências sociais, tais como a importância de marcadores sociais no processo saúde-doença e a relação entre o binômio biológico x social ou natureza x cultura (IANNI et al.; 2014).

A COVID-19 evidencia-se como um importante analisador de como as relações entre o social e o biológico se estabelecem, a partir dos discursos político-sanitários vigentes, no contexto atual do Brasil. Especialmente quando tomamos como linha de base conceitual, a noção de epidemia como evento social. Significa que a doença configura-se sobretudo como um evento com dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas (STARK; 1977). Assim, o que há de mais social no processo saúde-doença pode ser evidenciado a partir de fenômenos epidêmicos e, segundo Stark (1977): “[...] *dimensions of an epidemic are revealed less by its physical appearance in demographic space than by its historical development*” (STARK; 1977, pg. 682).

É perceptível que as vivências cotidianas de indivíduos e grupos, os impactos nos corpos, as consequências econômicas da COVID-19 não se dão de forma homogênea; pelo contrário, é em sua heterogeneidade que importantes contradições sociais são explicitadas. Marcadores sociais tradicionais como raça/etnia, gênero, idade tomam o protagonismo nos discursos político-sanitários para o controle da infecção e o manejo da doença, além de seus efeitos político e econômico.

O que se sabe até o momento é que a doença foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, na China, no mês dezembro de 2019. Decorre da infecção pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave 2 "(SARS-CoV-2) e encontra-se atualmente, disseminado em todos os continentes, com exceção da

Antártida. No mundo, em 05 de abril de 2020, o número de casos confirmados de infecção pela covid-19 – doença causada pelo novo coronavírus – chegou a 1.236.388 pessoas. Apesar de ter iniciado na Ásia, a Europa é atualmente, o continente mais afetado. Só Itália e Espanha, somadas (27.813), são responsáveis por mais de 41% dos óbitos, que chegaram a 67.238 no mundo. Há uma indicação de que homens adoecem e morrem mais que mulheres (SETOR SAÚDE; 2020) e pessoas mais idosas, possuem maior letalidade pela doença, especialmente aquelas que possuem comorbidades (PODER 360; 2020). Entretanto, apesar de os riscos serem maiores entre os idosos, acima de 60 anos, a doença pode ser agressiva e fatal para todas as faixas etárias (SETOR SAÚDE; 2020).

No Brasil, o primeiro caso reportado aconteceu no dia 25 de fevereiro de 2020 e a primeira morte em 17 de março (SETOR SAÚDE; 2020). Em 05 de abril, existiam 10.278 casos confirmados, 432 óbitos e uma taxa de letalidade de 4,2% (BRASIL; 2020). Das pessoas que foram a óbito, 85% tinha mais de 60 anos e 79% possuía pelo menos um fator de risco. As estatísticas indicam, no entanto, que pode haver grande subnotificação de casos e óbitos. Tem havido explosão de casos de internações por síndromes respiratórias no país e muitos óbitos por coronavírus ainda não confirmados, aguardando resultados de testes (SETOR SAÚDE; 2020).

Ainda que o delineamento do perfil desses indivíduos esteja bastante incipiente e pouco divulgado, sabe-se que o primeiro caso no Brasil, foi de um homem de 61 anos, recém-chegado da Itália, diagnosticado e tratado no Hospital Albert Einstein em São Paulo. Os demais casos também vieram, principalmente, desse país (JORNAL ESTADO DE SÃO PAULO; 2020). Tratava-se, pois, de um evento relacionado, até então, a uma classe social específica. Mas, num país sabidamente desigual, as classes sociais tendem a se entrelaçar, explicitando as profundas desigualdades sociais que são estruturais em nosso país.

No Rio de Janeiro, o primeiro óbito suspeito, registrado numa localidade com perfil socioeconômico diferente desses primeiros casos, aconteceu no dia 30 de março, em uma mulher de 70 anos, moradora da Rocinha, maior favela do Rio, que desde o início da pandemia “preocupa os especialistas devido às condições da comunidade, onde muitas casas não têm nem janelas” (JORNAL O GLOBO; 2020). Apesar da idade, a idosa não possuía comorbidades como diabetes ou problemas cardíacos e foi atendida na UPA local, com sintomas gripais, tendo sido encaminhada para casa (JORNAL O GLOBO; 2020).

Uma possível explicação para essa diferença em termos sociais e econômicos, é que, em que pese a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde de isolamento social para a população, como forma de diminuir a transmissão dos casos, sabe-se que parte da população, independente de classe social, optou por manter suas atividades como se nada houvesse.

Lentamente, a notificação dos casos internados tem migrado dos hospitais da rede privada para a rede pública de saúde. Muda-se assim, o perfil de pessoas acometidas. Sabe-se, porém que os que demandarão internação equivalem a cerca de 10 a 20% dos casos. As demais pessoas poderão e deverão ser acompanhadas na atenção primária à saúde (BRASIL; 2020).

O que se depreende, a partir da leitura de notícias sobre a pandemia, é que a mera leitura do perfil de casos e óbitos, bastante prejudicado pelos sistemas de informação disponíveis, não permite que se avalie o quanto a distribuição dos eventos traduz uma diversidade de explicações e soluções para o enfrentamento da epidemia. Na mídia, fica evidente a disputa entre ideias e práticas relacionadas a esse evento e suas implicações nos diferentes âmbitos da vida, dos indivíduos, grupos sociais e instituições.

As ciências sociais, nesse sentido, são capazes de contribuir de diversas formas no presente contexto da emergência sanitária que estamos vivendo. Seja em uma perspectiva crítico-reflexiva acerca de políticas neoliberais,

especialmente no Brasil, que vem minando o Sistema Único de Saúde (SUS) com políticas de austeridade, como a Emenda Constitucional 95 (EC 95) (DONIEC; DALL’ALBA; KING; 2018). Seja para reforçar a garantia de benefícios sociais para grupos mais vulneráveis. E até no que diz respeito a uma perspectiva interacional, buscando compreender os diversos significados de algumas das principais medidas para contenção da epidemia: o distanciamento e isolamento social.

Dos marcadores sociais do processo saúde-doença, grupos que denominamos vulneráveis enfrentam agravamento de suas situações de saúde por conta de desigualdades sociais estruturais e históricas. Alguns exemplos que emergem durante a epidemia de coronavírus explicitam essa questão.

Por exemplo, ser idoso - recorte do principal grupo de risco para a Covid-19 e foco das políticas de isolamento social. O ser idoso, neste contexto, apresenta inúmeras configurações possíveis, com implicações emocionais, econômicas e de saúde para além do coronavírus. Ser mulher - a própria OMS (2020) alerta para a urgência em se discutir os efeitos da COVID-19 para mulheres que sofrem violência doméstica, potencializada no período de quarentena; mulheres que passam a ter relações de trabalho fragilizadas, além do trabalho doméstico invisível durante o isolamento social. O estado de pandemia certamente afeta homens e mulheres de maneiras diferentes (LEWIS; 2020). Ser negro – no contexto de pandemia significa, segundo LIRA (in ABRASCO, 2020) ser um “[...] grupo que carrega dificuldades estruturais no seu viver, provocada por um racismo estrutural e estruturante que começa desde a informação que chega a essa população até o acesso a exames para detecção do vírus, principalmente no que chamamos de casos suspeitos” (ESPECIAL ABRASCO CORONAVÍRUS; 2020). Ser pobre – determinado por acesso a saneamento básico, moradia, bens de consumo, acesso a alimentação adequada e muitas vezes a não possibilidade de cumprir o isolamento social para garantir subsistência.

Evidentemente que os marcadores não são estanques, eles se imiscuam e se reforçam, fazendo com que a vivência cotidiana neste contexto afete fortemente grupos sociais envoltos em vulnerabilidade. No Brasil, as desigualdades sociais são históricas e o SUS, em seu nascimento na Constituição Federal de 1988, tem com compromisso ser um Sistema que dê conta, na medida do possível de iniquidades em saúde, devendo assim levar em conta as desigualdades sociais estruturantes expressas nos marcadores sociais acima mencionados.

No que diz respeito à estrutura do Sistema de Saúde brasileiro para o enfrentamento da epidemia, apenas a Atenção Primária à Saúde (APS) tem em seus pressupostos a aproximação indelével com os territórios e as comunidades que vivem cotidianamente nesses espaços. A APS, a partir de seus atributos essenciais – acesso no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção - e derivados – orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural (STARFIELD; 2002) - mostra-se como fundamental para o enfrentamento das fissuras sociais evidenciadas e radicalizadas pelo vírus.

Da maneira como a Rede de Atenção à Saúde no Brasil (RAS) está estruturada, a APS configura-se como “porta de entrada” e “ordenadora do cuidado”. O que é bastante significativo, pois este é o local onde, de fato, pessoas com sintomas moderados e pessoas com vulnerabilidade social irão procurar (VITÓRIA; CAMPOS; 2020). Assim, advogamos que a APS é o *locus* onde o social e o biológico se encontram de maneira sensível, justamente pela capilaridade da APS, reforçada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de base comunitária.

Ter um serviço de saúde com essa característica é bastante potente no enfrentamento da pandemia. Porém, o cuidado com base nos marcadores sociais do processo saúde-doença só faz sentido com compreensão dos conceitos e perspectivas analíticas das ciências sociais que trouxemos ao longo deste texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Especial Coronavírus. População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>. Acesso em 06.04.2020.

BRASIL. **Painel Coronavírus – COVID 19.** Em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 05.04.2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde.** Ministério da Saúde: Brasília. 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200330_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf

DONIEC, Katarzyna; DALL’ALBA, Rafael; KING, Lawrence. Brazil’s health catastrophe in the making. **Lancet**, v. 392, p. 731, set 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30853-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30853-5.pdf). Acesso em 06.04.2020.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2298-2308, 2014.

JORNAL ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,54-8-dos-casos-importados-de-covid-19-para-o-pais-ate-5-de-marco-vieram-da-italia,70003247358>. Acesso em 05.04.2020.

JORNAL O GLOBO. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/nao-podemos-nem-ter-luto-diz-parente-de-mulher-de-70->

[anos-morta-com-suspeita-de-coronavirus-na-rocinha-1-24341145](#). Acesso em 05.04.2020.

LEWIS, Helen. The Coronavirus is a disaster for feminism. In: **The Atlantic**, March 19, 2020. Disponível em:

<https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/> Acesso em: 05.04.2020.

PODER 360. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-infecta-1-milhao-de-pessoas-no-mundo/>. Acesso em 05.04.2020.

SETOR SAÚDE. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/os-riscos-do-novo-coronavirus-perfil-dos-obitos-por-faixa-etaria/>. Acesso em 05.04.2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, editor. Brasília; 2002. 726 p.

STARK, Evan. The epidemic as a social event. **International Journal of Health Services**, v. 07, n. 04, p. 681-705, 1977.

VITÓRIA, Ângela Moreira; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. In: **Frente Estamira de CAPS**. Disponível em: <https://frenteestamira.org/2020/04/02/so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>. Acesso em 07 de abril de 2020.