

Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19

The health of the black population in Primary Health Care: a misunderstanding that legitimizes inequality in times of COVID-19

Liliane de Jesus Bittencourt¹, Karine de Souza Oliveira Santana², Débora Santa Mônica Santos³

DOI: 10.1590/0103-1104202313702

RESUMO A Atenção Primária à Saúde constitui o eixo regulador do cuidado no Sistema Único de Saúde. A sua compreensão é condição para que as ações sejam resolutivas. Este artigo propõe refletir sobre a compreensão da Atenção Primária à Saúde entre gestores, profissionais, usuários e as implicações das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra no contexto da Covid-19. Realizou-se pesquisa qualitativa em três municípios que foram entrevistadas 58 pessoas. A análise mostrou a incompreensão da Atenção Primária à Saúde. Gestores e profissionais a associam apenas a ações de prevenção de doenças e disponibilização de serviços. Os usuários associam ao acesso a serviços, e relacionam a má qualidade da assistência ao pertencimento racial e de classe. A incompreensão da Atenção Primária à Saúde pelos atores envolvidos na sua operacionalidade compromete a assistência da população negra com relação à Covid-19, bem como em outras demandas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Saúde das minorias étnicas. Disparidades na assistência à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Primary Health Care is the regulatory axis of care in the Unified Health System. Its understanding is a condition for resolute actions. This article aims to reflect the understanding of Primary Health Care among managers, professionals, and users, as well as the implications of health inequities experienced by the black population in the context of COVID-19. Qualitative research was carried out in three municipalities, in which 58 people were interviewed. The analysis showed the lack of understanding of the Primary Health Care. Managers and professionals only associate it with disease prevention actions and provision of services. Users associate access to services and report the poor quality of care to racial and class belonging. The misunderstanding of Primary Health Care by the actors involved in its operation compromises the assistance of the black population regarding COVID-19, as well as other demands.*

KEYWORDS *Primary Health Care. COVID-19. Health of ethnic minorities. Healthcare disparities. Health policy.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

liliane.bittencourt@ufba.br

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador (BA), Brasil.

³ Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMSS) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das diversas articulações sociais, conhecido como movimento da reforma sanitária, trouxe em sua bagagem prerrogativas que se transformaram em princípios normativos que o caracterizam como um dos mais humanitários sistemas de saúde do mundo. No entanto, na prática, há uma série de desafios a serem vencidos para que esses princípios reverberem em melhor qualidade de vida para o povo brasileiro.

Os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e o de participação e controle social têm sido atropelados por um sistema paralelo de comercialização da saúde. Esses defendem o acesso à saúde para todos os brasileiros, independentemente da sua condição social, que todas as necessidades de saúde dos indivíduos devem ser consideradas no processo de cuidado e que tais necessidades são diferenciadas de indivíduo para indivíduo, e essas especificidades precisam ser respeitadas. Advoga que os princípios acima não são efetivados se os sujeitos para os quais se destinam não participam do processo de planejamento, decisão, construção e acompanhamento da atenção à saúde.

Isso vem se materializando nas tensões vividas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhecida como primeiro contato do indivíduo com o sistema, ordenadora do cuidado, deveria, levando em consideração os princípios acima, voltar-se para a atenção ao indivíduo e suas demandas de forma integral, e não às especificidades patológicas e tecnológicas, pouco resolutivas e custosas ao erário público. Esse cenário é um reflexo do contexto social e político vivido no Brasil, mas não apenas nele, com o recrudescimento de ideologias de direita pouco humanitárias e a menor responsabilização do Estado. As modificações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) acenam para a fragilização da atenção primária e, conseqüentemente, do sistema público e universal, favorecendo o mercado da saúde¹.

Os desafios para a execução de uma APS resolutiva e acessível a todas as pessoas foram se desenhando e tomando força com a mudança do modelo de atenção à saúde, em 1994, consolidada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que, mesmo com grandes obstáculos a serem sanados no processo de gestão, com dificuldades de compreensão da sua proposta por profissionais, gestores e usuários do sistema, configura-se como um modelo de atenção exitoso, ratificado por vários estudos científicos²⁻⁴.

Um dos ganhos desse novo modelo de atenção foi a importância dos determinantes sociais em saúde como indicadores fundamentais para a compreensão do processo saúde, adoecimento e cuidado. Nessa perspectiva, é preciso entender como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população, além de como as iniquidades em saúde são sequelas das desigualdades sociais vividas por diversos grupos. A equidade, então, seria a estratégia para garantia de boas condições de saúde, levando em consideração as disparidades sociais, étnicas, econômicas e culturais⁵. No caso deste estudo, interessa discutir as desigualdades raciais influenciando a saúde da população negra.

Vários são os estudos que informam sobre como a população negra é mais acometida pelas iniquidades em saúde, como o racismo está na base que determina as condições de vida e saúde desse grupo e a necessidade de intervenções direcionadas^{6,7}. Isso também vem se expressando no atual cenário epidemiológico mundial, com a Covid-19 incidindo mais e com maior gravidade entre a população negra, como informam o Boletim Covid-19 da Bahia⁸ e estudos na área⁹⁻¹².

Apesar dos indicadores, há quem questione que falar em saúde para um grupo específico, como a população negra, seria um contrassenso com relação ao princípio da universalidade, visto que 'a saúde é para

todos', portanto, não haveria a necessidade de se pensar em estratégias específicas para um grupo. O princípio da equidade, dessa forma, estaria voltado para as disparidades econômicas e de classe. Faustino¹³ defende que, justamente por procurar enfrentar as iniquidades raciais, a saúde da população negra, expressa por uma política própria, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), está em consonância com a busca da universalização do direito à saúde.

A PNSIPN, instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a equidade em saúde a partir do entendimento do racismo como um determinante social da saúde. Ela se insere na dinâmica do SUS por meio da gestão solidária e participativa, pela utilização do quesito cor na produção das informações epidemiológicas, pela ampliação e pelo fortalecimento do controle social, desenvolvimento de estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo, nos processos formativos dos profissionais e na implementação das ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial¹⁴, e, em sua perspectiva de transversalidade, depende do fortalecimento do SUS para se viabilizar¹³.

Considerando os aspectos delineados, este artigo procura discutir como a (in)compreensão da APS, em toda a sua robustez, por gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, relaciona-se com a implantação da PNSIPN e como isso vem afetando o acesso a um serviço de saúde eficiente e de qualidade, refletindo no impacto da pandemia da Covid-19 sobre a população negra.

Objetivo

Refletir sobre a abrangência da compreensão da APS entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS no estado da Bahia e as implicações diante das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra no contexto da Covid-19.

Material e métodos

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (Negras) realizou a pesquisa intitulada 'Atenção à saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra', financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS/Ministério da Saúde), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). O estudo caracterizou-se por uma pesquisa-ação, dividida em duas etapas. Na primeira, foi realizado um processo investigativo, exploratório, a partir de uma pesquisa qualitativa; e, na segunda, realizou-se uma intervenção por meio de materiais educativos. Este artigo se aterá às análises da primeira etapa, realizada no ano de 2019.

Os municípios escolhidos para a investigação foram Salvador, capital baiana, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas. Esses municípios, somando a população de pretos e pardos, possuem a maioria da população negra em sua composição, com a média de 80%, 75% e 70%, respectivamente. Com relação aos serviços de saúde, Salvador apresenta 367 estabelecimentos de saúde, Santo Antônio de Jesus, 47, e Cruz das Almas detém 24. Concomitantemente, eles apresentam 23,9%, 80,8% e 77,62% de cobertura da APS. Esses dados são importantes para a compreensão de como está sendo realizada a atenção à saúde com base na PNSIPN.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas conforme pressupostos definidos e orientados por Minayo¹⁵ e por VÍctora et al.¹⁶, ao afirmarem que as entrevistas são meios pelos quais é possível obter dados mais subjetivos, relacionados a valores, atitudes e opiniões do entrevistado, com uso de um roteiro prévio (método não estruturado) que permite ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto.

A seleção dos participantes da pesquisa se deu por amostragem, em duas etapas. Na primeira, foram escolhidos, por conveniência, distritos sanitários que representassem

a diversidade populacional dos municípios e, a partir daí, selecionadas, de forma aleatória, duas unidades de saúde da atenção primária, por distrito sanitário. Nos distritos com ESF, pelo menos uma dessas unidades compôs a amostra. Na segunda etapa, foram selecionados, aleatoriamente, profissionais de saúde, gestores e usuários para realização da investigação.

Foram entrevistados um profissional que atua na gestão e dois profissionais da saúde, um de nível superior e um de nível médio, com atuação na assistência. Consideraram-se gestores aqueles profissionais que assumiam cargo de coordenação e/ou gerência da unidade. A quantidade de usuários entrevistados foi igual ao total de profissionais, em cada unidade. Foram excluídos da amostra os participantes com algum tipo de dificuldade auditiva, analfabetos ou menores de 18 anos. As entrevistas foram conduzidas por integrantes da equipe de pesquisa, pertencentes ao Negro, em Salvador e no Recôncavo Baiano.

O roteiro das entrevistas se baseou em perguntas norteadoras, previamente definidas, discutidas e treinadas pela equipe. As entrevistas foram gravadas, transcritas e devidamente analisadas utilizando-se análise de conteúdo. Essa metodologia de análise permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo de uma comunicação, replicáveis ao seu contexto social. Nela, o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o investigador busca categorizar as unidades de texto que se repetem, inferindo uma expressão que as representa. A partir dessas categorias, foram realizadas análises temáticas que integram o conjunto de técnicas da análise de conteúdo, por meio das quais procura-se encontrar uma série de significações detectadas por indicadores que lhe estão ligados¹⁷. As categorias que emergiram da análise foram: saúde da população negra, política nacional de saúde integral da população negra, diversidade em saúde e APS. É sobre esta última que este artigo versará.

Consideraram-se os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016, do

Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (Parecer 2.768.574). Para garantir o anonimato das pessoas entrevistadas, os nomes utilizados nos depoimentos são fictícios.

Resultados

Na pesquisa, foram entrevistadas 58 pessoas, no total: 38 em Salvador, 12 em Cruz das Almas e 08 em Santo Antônio de Jesus. Dessas, nove eram gestoras, 12 profissionais de nível médio, sete profissionais de nível superior e 30 usuários do SUS. Importante salientar que, no município de Santo Antônio de Jesus, os profissionais de nível superior não aceitaram participar da pesquisa, o que interferiu na proporcionalidade proposta na metodologia. No que diz respeito ao perfil desses participantes, foi possível identificar, com relação à faixa etária, que 50% das pessoas são maiores de 50 anos. Com relação à identidade de gênero, tem-se que 77% das entrevistadas se identificaram como mulheres cis, 17% como homens cis, valendo destacar a presença de uma mulher trans. No tocante ao quesito raça/cor, verificou-se que 87,9% das pessoas são negras, ao considerarmos as autodeclarações de pretas e pardas (43,1% e 44,8%, respectivamente).

A partir das respostas das gestoras, foi possível perceber que havia uma associação da APS à realização de ações de prevenção de doenças e agravos e como via de acesso dos usuários ao serviço. No entanto, a compreensão sobre as diferenças entre as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos que esse nível de atenção é capaz de viabilizar foi incipiente.

Eu acho fundamental as pessoas terem essa instrução do PSF, o que é feito aqui, de você ensinar a escovar o dente, ensinar como você deve prevenir qualquer problema que, porventura, você possa vir a ter. Por que eu acho isso fundamental, em qualquer atividade que você faz, se você cuida de

uma máquina, você tem que primeiro fazer o quê? A prevenção da máquina, pra tentar impedir que ela quebre. A mesma coisa a secretaria faz quando ela cria uma unidade de atenção básica. É tentar fazer a prevenção antes da pessoa se quebrar, e eu acho muito importante. (Pérola).

Os questionamentos e cobranças relacionados ao serviço por parte dos usuários foram interpretados por elas como agressividade, conforme foi relatado: “... normalmente, as pessoas que têm menos instrução são mais agressivas... se você conversa e explica, elas entendem” (Pérola).

De modo geral, os profissionais de nível superior limitam o seu conceito às ações de educação à saúde e prevenção de doenças e agravos, desconsiderando, assim, o processo de cuidado na perspectiva da integralidade. Além disso, destacam que o serviço é de fácil acesso e pouco explorado pelos usuários, culpabilizando-os pelo não aproveitamento do cuidado ofertado.

... eu acho que, na verdade, a gente deveria lidar bastante com prevenção, mas acaba não sendo assim. As pacientes chegam para mim aqui, eles já chegam com dor, já chegam com a cárie instalada, mesmo tendo o serviço para prevenção, mesmo a gente fazendo bastante sala de espera, falando sobre prevenção, batendo em prevenção o tempo inteiro. Então o que a gente percebe é que o pessoal chega muito com a dor já instalada, e eles têm o acesso fácil. O usuário não aproveita. (Safira).

Ademais, há uma incompreensão do significado do termo primário, no que diz respeito à densidade de uma atenção, que dê conta de atender às necessidades da população e de proporcionar uma melhor qualidade de vida, sem precisar acessar recursos tecnológicos duros dos demais níveis de atenção, mas valendo-se de uma complexidade de habilidades que necessitam ser aprendidas e incorporadas no processo do cuidado. Destaca-se uma das entrevistadas, ao afirmar que a sua atuação é maior do que uma perspectiva primária:

... primário é uma coisa muito... é uma palavra muito chula, eu acho, para o que a gente realmente se doa nesse sistema aí de, de... atenção. Eu acho que esse nome poderia ser modificado, mas eu entendo que você tem que realmente tá, é... bem atento a aquela saúde daquele indivíduo, né? De forma integral, não só dele como de todos os seus, seus parentes, as pessoas que residem em sua casa, e aí é a saúde como um todo mesmo. Você tem que buscar, né... pra tratar essas pessoas. (Esmeralda).

Os profissionais de nível médio correlacionam a APS a serviços de baixa complexidade e com viés preventivo, e ainda percebem o referido nível de atenção como uma forma de identificação de usuários doentes no território. Por outro lado, outros a veem como um campo que oferta cuidado continuado para além do tratamento de doenças. Uma das entrevistadas chegou a destacar o papel do acolhimento na atenção primária, ao afirmar que:

Às vezes, a pessoa chega aqui na unidade, não está nem doente, é a doença interior, não é uma doença física, nem a doença mental, ela quer só uma palavra, ela quer só conversar com alguém, quer desabafar com alguém, e sai daqui até melhor, nem passa mais pelo médico. (Diamante).

A maioria dos usuários tem dificuldade para entender a APS, mas aqueles que conseguiram responder a associam apenas ao acesso aos serviços, como a visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a consulta médica realizada na unidade e a aquisição de medicamentos. Por outro lado, a avaliação desse serviço, no que diz respeito à infraestrutura, foi apontada por outros usuários ao relatarem limitações com relação ao número de atendimento para acolher a demanda, ausência de médicos, dificuldade para marcação de consulta e mesmo falta de respeito.

[...] a população se beneficia dela por conta de que ela tem acesso ao sistema público de saúde, ela tem acesso às consultas médicas, aos exames médicos [...]. (Cristal).

A equipe mesmo não tem médico. Às vezes, chega um médico aqui, fica um tempo e depois vai embora. (Rubi).

[...] falta algumas coisas assim... questão de estrutura mesmo... às vezes, faltar algum aparelho... de pesagem... falta de água mesmo. Teve uma vez que faltou água [...]. (Ametista).

Pelo que eu entendo, atenção primária é atenção, eu vim no estabelecimento da unidade da saúde, eu ter uma atenção, ou seja, uma Agente Comunitária vim na minha casa, frequente, saber se nas unidades da saúde está tendo médico, dentista [...]. (Opala).

A avaliação desse serviço ofertado também variou conforme o atendimento recebido. Dentro desse escopo, chegou a ser observado que o bom atendimento estava associado ao fato de ter acesso ao serviço sem discriminação racial: *“minha esposa é mulata, os profissionais vão na nossa casa, ninguém maltrata ela. A médica é branquinha, mas gosta dela”* (Jade). Embora essa discriminação estivesse presente, mesmo não sendo da forma especificada pelo usuário: *“a gente é meio discriminado no sentido da médica aqui”* (Turquesa). Ainda, associam a má qualidade do atendimento recebido ao fato do serviço ser público: *“No particular não seria assim”* (Turmalina).

Alguns usuários relataram não conhecer as ações realizadas pela APS, no entanto, afirmaram que o atendimento recebido é realizado com falta de atenção, de comunicação e de acolhimento adequados por parte dos profissionais de saúde:

Mas teve uma época que eu só vinha me enraivar, não tinha médico, as meninas tudo com a cara... Eu disse ‘Oxente, a gente tá vindo é pra piorar?’ [...] Logo quando eu desci, quando cheguei em casa, eu falei, ‘eu não vou mais, que eu não gostei do médico, me tratou mal, nem pra minha cara não olhou’ [...] Quer dizer, você vem pra melhorar e você se enraiva, se enraiva. (Quartzito).

A mesma usuária destaca, ainda, a rotatividade profissional como uma questão a ser considerada, visto que vários profissionais médicos já passaram na unidade, mas não ficam muito tempo no local: *“Eu acho que por causa que o povo é pobre, é preto, é periferia, eu acho que é isso”*.

A avaliação das respostas dos entrevistados permitiu compreender a distância entre a proposição da APS e a sua efetividade no que diz respeito à sua assunção pelos gestores, profissionais de saúde e pela insciência dos usuários.

Discussão

Nesses quase 33 anos de existência, o SUS avançou em diversas frentes, ampliou ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, investiu em pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico, implantou sistemas de informação e gestão, aumentou o número de trabalhadores e qualificou a força de trabalho, visando ao fortalecimento da APS. No entanto, o resultado da pesquisa nos três municípios baianos nos faz perceber que ainda existem muitos caminhos a trilhar para que a consolidação da APS esteja incorporada ao SUS, exercendo o seu papel frente às necessidades dos usuários do serviço, sobretudo para a redução das iniquidades que historicamente perpassam a saúde da população negra.

As potencialidades da PNAB pretendem garantir uma atenção primária resolutiva, em consonância com os princípios norteadores do SUS; todavia, desde a sua modificação, em 2017, vem sendo fragilizada e descaracterizada, sobretudo no que diz respeito aos trabalhadores desse sistema. Como exemplo, citam-se a precarização dos vínculos empregatícios, a redução dos ACS nas equipes e a não prioridade das equipes dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica, deixando essa tomada de decisão para os gestores estadual e/ou municipal¹⁸. Isso se torna evidente quando se percebe, a partir das respostas dos

entrevistados, que um dos problemas relatados consiste na rotatividade dos profissionais, principalmente aqueles mais valorizados socialmente, como os médicos, o que simboliza para os usuários uma assistência de menor qualidade, mesmo que esta tenha sido ofertada por outras categorias.

Ainda no que se refere à PNAB, a ESF consiste no modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, contudo, na vigência da pandemia da Covid 19, ela foi reduzida a tratamento de agravos oriundos da crise sanitária, deixando de cumprir outras atribuições, enquanto ordenadora do cuidado à saúde, as quais envolvem a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento inerentes, também, ao próprio cenário pandêmico, que dialogam com demandas sociais e de saúde preexistentes nos territórios. Nesse sentido, as ações de saúde não deveriam estar limitadas a uma situação específica, por mais relevante que seja, visto que os usuários do sistema carecem de cuidado integral nos diversos níveis de atenção.

Essas ameaças recentes foram somadas a problemas cronicamente enfrentados na atenção primária brasileira, tais quais: a precariedade das relações trabalhistas em grande parte das equipes; a terceirização da gestão de unidades básicas de saúde, que mercantiliza as relações e fragiliza vínculos; problemas organizacionais, com baixa articulação entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada, comprometendo a coordenação e a continuidade da assistência, com a fragmentação do cuidado; a insuficiente mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, reduzir as desigualdades e promover a saúde – esses são alguns dos obstáculos vivenciados pelo que deveria ser o primeiro nível de assistência ao usuário do SUS neste momento¹⁹.

Com a crise sanitária instalada, notaram-se modificações a partir do momento que algumas unidades de saúde da APS foram adaptadas em unidades de pronto atendimento, gripários e unidades de acolhimento aos sintomáticos da Covid-19, com o objetivo de atender a uma

demanda específica, descaracterizando o que se espera desse nível de atenção, pois a assistência prestada se relaciona a outro nível de complexidade, deixando em segundo plano as demandas de rotina, características da atenção primária.

O trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) – a porta de entrada do sistema de Saúde –, já reconhecidamente extenuante, desconfigurou-se de tal maneira que a própria identidade da ESF é posta em xeque. Usuários temem ir à clínica, perde-se o seguimento deles e seus quadros outrora controlados agudizam, fazendo que pacientes crônicos se tornem pacientes terminais, que a ação territorial se torne inconcebível, visitas domiciliares devam ser evitadas, médicos de família sejam chamados a se portar como plantonistas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Agentes comunitários de saúde (ACS) perdem sua função de articuladores em prol da saúde da população e adquirem a função de noticiadores de mortes²⁰⁽⁹⁾.

As ações e os serviços que ocorrem no processo de trabalho das equipes de saúde tornam-se, na maioria das vezes, o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, por isso a atenção para outras morbidades é tão significativa quanto para a Covid-19. Os diversos agravos que podem acometer a população continuam presentes, e esta necessita de cuidados regulares, de forma preventiva, visando à promoção da saúde. Nesse momento atípico, no município de Salvador, por exemplo, a redução do acesso a esses serviços culminou na necessidade de realização de mutirão para agendamento de consultas e exames no ano de 2020 e 2021, em um final de semana e feriado prolongado, respectivamente^{21,22}, sacrificando os trabalhadores da saúde que, por conta do enfrentamento da Covid-19, já vêm de um processo de exaustão, para conseguir garantir o calendário de vacinação. Além disso, considerando a predominância de pessoas negras nesse município, são essas as mais afetadas pela dificuldade de acesso

à assistência, precisando se submeter a filas e aglomerações para conseguir esse atendimento, quando poderiam estar usufruindo do direito ao descanso e ao lazer.

Essa descaracterização da funcionalidade da atenção primária é favorecida pela incompreensão da sua abrangência, revelada nas respostas dos gestores e profissionais de saúde entrevistados, fragilizando a operacionalização do cuidado. No momento de crise sanitária, o entendimento das atribuições e competências inerentes à APS torna-se relevante, visto que profissionais e gestores precisam atender às demais situações de saúde da população. Logo, uma APS fortalecida será capaz de promover o cuidado integral e resolutivo aos indivíduos e suas famílias, além de contribuir para a prevenção de agravos decorrentes das enfermidades geradas na pandemia, potencializando a capacidade de resposta institucional diante das demandas apresentadas pela população.

O curso e a gravidade da pandemia da Covid-19 fizeram com que muitos governos adotassem intervenções de grande intensidade, como estratégias de *lockdown*, a fim de conter a disseminação da infecção e reduzir a sobrecarga social da doença e sua morbimortalidade. Tais medidas, contudo, trouxeram uma mudança brusca na vida das pessoas e da sociedade em geral²³. No que diz respeito à população negra, o desemprego aumentou, principalmente para as mulheres (17,6%, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea), bem como a ocupação informal²⁴. E, em consequência, agravos anteriormente existentes se intensificaram, como a violência doméstica, o sofrimento mental, o suicídio, requerendo, portanto, que as ações características da atenção primária se tornassem ainda mais necessárias, para garantir, dessa forma, a sustentabilidade da assistência à saúde^{25,26}.

A população negra, dentro desse cenário complexo, pelas características que influenciam sua condição de vida e sua saúde, tendo o racismo como um importante determinante social, estruturante das relações, do não acesso a direitos, apresentou-se como mais vulnerável

também para as consequências da pandemia, tanto em termos de contaminação como em iniquidades sociais, como desemprego, fome e miséria^{10,11,25}. Nesse sentido, as fragilidades apontadas colocam ainda mais em risco a saúde da população negra, sobretudo no momento de crise atual.

Ter a vida ameaçada em seu cotidiano e ter o luto negado são expressões da necropolítica à brasileira que se expressa por meio de ‘pequenos’ massacres do dia a dia da população negra e pobre²⁰⁽⁴⁾.

A população negra representa mais de 80% da população usuária do SUS; no entanto, a assistência recebida por esse grupo na APS é caracterizada pela negligência com relação às suas demandas específicas, visto que a implementação da PNSIPN é ainda incipiente, além de ser permeada pelas diversas discriminações sofridas por essas pessoas, como foi evidenciado pelos usuários entrevistados, ao exporem a qualidade do atendimento recebido. Além disso, esses usuários associam a estrutura inadequada, a irregularidade dos insumos, o acolhimento não orientado às suas necessidades, a rotatividade dos profissionais (que interfere no estabelecimento de vínculos) ao fato de ser um serviço público voltado para negros, de baixa renda, da periferia.

Quando gestores e profissionais de saúde demonstram um conhecimento limitado da APS, ao reduzirem a sua compreensão a um ou outro aspecto, como ações preventivas ou de tratamento de agravos, como explicitado nos resultados da pesquisa, a fragilização do sistema se revela na prática cotidiana, no contato com os usuários de saúde, que em seus depoimentos evidenciam a insatisfação e a precariedade do cuidado.

Como prover uma assistência adequada para a população negra e sua sustentabilidade quando, antes mesmo do cenário pandêmico da Covid-19 ter se instalado, as suas necessidades já eram invisibilizadas^{6,7}? Como um sistema fragilizado pela limitação dos profissionais

de saúde e dos gestores, no que diz respeito à compreensão da amplitude e do alcance da APS, com o atravessamento de uma condição sanitária inesperada e incisiva, pode atender de forma integral e resolutiva uma população historicamente alijada dos seus direitos? Como reverter esse cenário quando esses profissionais desconhecem e não consideram a política estabelecida para atender às especificidades desse grupo social?

O reconhecimento pelos usuários dos seus direitos se apresenta como fundamental para o exercício do controle social e o acesso aos mecanismos legais de exigibilidade. Contudo, os entrevistados se mostraram pouco informados, visto que associam, em sua maioria, a potencialidade da atenção primária apenas à possibilidade de acesso ao serviço e a insumos. Nessa perspectiva, quando os próprios usuários do sistema não possuem o entendimento de que essa atenção precisa ir além de garantir o acesso, prover medicamentos ou consulta médica, como e quando o controle social se fará atuante?

Considerações finais

Viu-se neste estudo que a população negra no estado da Bahia representa o grupo populacional mais atingido pelas consequências da Covid-19, refletindo não somente na morbimortalidade, mas, também, nas outras esferas da vida desses indivíduos, agravando um processo histórico de negligências e vulnerabilidade social. Considerar tais determinantes

sociais é importante para a promoção efetiva da saúde desse grupo.

A atenção primária, nessa perspectiva, configura-se como a primeira instância de cuidado, na qual essa promoção precisa se consolidar, em consonância com os princípios doutrinários do SUS. A incompreensão da sua magnitude pelos atores envolvidos na sua operacionalidade compromete a assistência prestada à população negra, não somente com relação à Covid-19, mas, também, nas outras demandas comumente relacionadas à existência social dessas pessoas.

Na mesma medida, quando os usuários do sistema se apresentam pouco conhecedores do alcance que esse nível de atenção pode lhes oferecer, e também quando se mostram pouco atuantes na participação e no controle social, vulnerabilizam-se mais ainda com relação às iniquidades em saúde.

Em uma sociedade com um sistema de saúde público e universal que se propõe a garantir a saúde como direito, tendo a equidade como princípio estruturante, essas são reflexões que precisam nortear a implementação de políticas públicas, planejamentos e ações de saúde mais inclusivos, resolutivos e sustentáveis.

Colaboradoras

Bittencourt LJ (0000-0002-7310-069X)*, Santana KSO (0000-0001-6869-7471)* e Santos DSM (0000-0002-2827-4674)*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Sperling S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul 10]; 42(esp1):341-345. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QYRxcRpTvsgvcq3QdNYbjPL/?lang=pt>.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc. saúde coletiva*. 2016; 21(5):1499-1509. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul 10]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
4. Borges NS, Santos AS, Fischer LA. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. *Saúde redes*. 2019 [acesso em 2021 jul 10]; 5(1):105-114. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114>
5. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016 [acesso em 2021 jul 10]; 25(1):9-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
6. Batista LE, Rattner D, Kalckmann S. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc*. 2016 [acesso em 2021 nov 17]; 25(3):689-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>.
7. Cruz ICF, Faria IR. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro – 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. *J. Special. Nursing Care*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 9(1). Disponível em: <http://jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>.
8. Bahia. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico COVID-19 Bahia. Nº 602. [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/BOLETIM-ELETRONICO-BAHIAN_602___16112021.pdf.
9. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. Avanç*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 34(99). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt>.
10. Santos VC, Morais AC, Carvalho ESS, et al. Saúde da população negra no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão narrativa. *Braz. J. Develop*. 2021 [acesso em 2021 nov 17]; 7(1):2306-2320. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22800>.
11. Silva LIC, Morais ES, Santos MS. COVID-19 e população negra: desigualdades acirradas no contexto da pandemia. *Rev Thema*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 18(esp):301-318. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V18.Especial.2020.301-318.1814>.
12. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 25(supl2):4211-4224. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?lang=pt>.
13. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 22(12):3831-3840. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjfyCT7p7vppXr6HLwvbgjD/?lang=pt>.
14. Gomes ICR, Damasceno RO, Nery AA, et al. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev. baiana enferm*. 2017 [acesso em 2021 nov 17]; 31(2):e21500. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500>.

15. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO; 2000.
16. VÍCTORA CG, KNauth DR, Hassen MNA. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Uma introdução ao tema. Porto alegre: Tomo Editorial; 2000.
17. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto. Contexto Enferm. 2006; 15(4):679-84.
18. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 25(4):1475-1481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
19. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 36(7):e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
20. Gaudenzi P. Cenários brasileiros da Saúde Mental em tempos de Covid-19: uma reflexão. Interface. 2021 [acesso em 2022 dez 20]; 25(supl1):e200330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200330>.
21. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura inicia mutirão de consultas e exames especializados nesta terça-feira (03). [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-inicia-mutirao-de-consultas-e-exames-especializados-nesta-terca-feira-03/>.
22. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Salvador investe R\$1,5 milhão em mutirão de exames e consultas. [acesso em 2021 nov 17]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-de-salvador-investe-r-15-milhao-em-mutirao-de-exames-e-consultas/>.
23. Parmet WE, Sinha MS. The Law and Limits of Quarantine. *n engl j med*. 2020 [acesso em 2022 nov 17]; 382(15):e28. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>
24. Silva TD, Silva SP. Trabalho, População Negra e Pandemia: notas sobre os primeiros resultados da PNAD Covid-19. *Bolet. Análise Polít. Inst.* 2021 [acesso em 2022 nov 17]; (26):45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/bapi26art5>.
25. Navasconi PVP. A exceção que é a regra. Corpos condenados da terra. Uma reflexão sobre o impacto da COVID-19 na População Negra. *Rev Espaço Acad.* 2021 [acesso em 2021 nov 17]; 20(edição especial fev.):80-91. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/57165>.
26. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 nov 17]; 36(4):e00074420. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074420>.

Recebido em 14/04/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) Edital Fapesb nº 003/2017. Conta SUS nº 042/2018