

Iniciativas da sociedade e comunidades no apoio social a grupos vulneráveis no território: papel da ESF na pandemia

Civil society and community social support initiatives for vulnerable groups in primary care center catchment areas: the role of the FHS during the pandemic

Maria Helena Magalhães de Mendonça (<https://orcid.org/0000-0002-3917-9103>)¹

Mariângela Uhlmann Soares (<https://orcid.org/0000-0002-6483-4931>)²

Cristiane Spadacio (<https://orcid.org/0000-0002-4582-3540>)³

Márcia Guimarães de Mello Alves (<https://orcid.org/0000-0001-5790-5941>)⁴

Simone Schenkman (<https://orcid.org/0000-0003-1140-1056>)⁵

Aylene Emilia Moraes Bousquat (<https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>)⁵

Lígia Giovannella (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>)⁶

Abstract *The pandemic highlighted new and old health risks that require health actions and social support. This study analyzed the knowledge of health professionals working in primary health care centers (PHCCs) regarding civil society and health service separately or along with health promotion and social support initiatives targeting vulnerable groups. The article begins by discussing the concept of social support and then goes on to present an analysis of empirical data from the multidimensional cross-sectional study “Challenges facing primary health care in the response to COVID-19 in the SUS”, conducted using a nationally representative sample of PHCCs. Scores were calculated for selected and aggregated variables, and we calculated percentages for selected actions together with 95% confidence intervals at national and regional level. The percentage of PHCCs that supported actions and where the local community developed initiatives in the catchment area varied across regions, with rates being significantly higher in the Northeast and in non-urban municipalities with low MHDI, which was associated with actions developed in the catchment area by community health workers. The findings reveal several gaps and challenges, including the need to amplify the magnitude and scope of intra and intersectoral actions, strengthen ties between different actors, reverse the effects of the pandemic on health inequities and promote further research.*

Key words *Social support, Primary Health Care, Intersectorality, COVID-19, Pandemic*

Resumo *A pandemia ressaltou novos e antigos riscos à saúde que demandam ações sanitárias e formas de apoio social. Este artigo analisou o conhecimento dos profissionais de saúde de UBSS sobre iniciativas da sociedade e dos serviços de saúde, articulados ou separadamente na promoção de saúde e apoio social a grupos vulneráveis. Partiu-se da revisão teórica sobre o conceito e sua aplicação e da análise de dados empíricos do estudo multidimensional “Desafios à APS no enfrentamento da COVID-19”, de desenho transversal, com amostra representativa das UBSSs brasileiras, em nível nacional e regional. Gerou-se escore a partir de variáveis selecionadas e agregadas e estimou-se proporções de ações selecionadas e IC (95%), no Brasil e suas regiões. Ações a partir das UBSSs e da população mostraram-se heterogêneas entre as regiões, sendo significativamente mais frequentes na região NE e em municípios não urbanos e de menor IDH, associando-se às ações desenvolvidas no território pelos ACS. Identificaram-se desafios, lacunas e necessidade de novas investigações; amplificação da magnitude e escopo de ações intra/intersectoriais; fortalecimento de laços entre diferentes atores e reversão dos efeitos da pandemia que aprofundaram desigualdades e iniquidades em saúde.*

Palavras-chave *Apoio social, Atenção Primária à Saúde, Intersetorialidade, COVID-19, Pandemia*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, 7º andar, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. maria.mendonca@fiocruz.br

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo SP Brasil.

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

⁵ Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo SP Brasil.

⁶ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A conjuntura pandêmica tornou visível demandas sociais historicamente negligenciadas com situações de vulnerabilidade por risco de adoecimento, acentuadas pela exclusão da vida nas ruas e comunidades periféricas, aumento da violência doméstica, do uso de drogas e condições depressivas, riscos que demandam atenção à saúde e formas diferenciadas de apoio social.

Tal situação exige capacidade de governos e comunidades reagirem ao represado e necessidade de ativar recursos dos sistemas de saúde e proteção social. Do primeiro, espera-se desenvolver ações de vigilância, continuidade aos cuidados em saúde e atuar nas emergências. Ao segundo, pede-se ações sociais articuladoras de princípios como integralidade e solidariedade, que apoiem a inclusão social. São medidas de transferência de renda para suprir necessidades materiais que a interrupção do trabalho e da circulação impôs, distribuição de insumos para higiene, alimentação e comunicação sobre riscos da enfermidade e de distanciamento e isolamento social, além de suporte à saúde emocional da população e dos profissionais de saúde.

O estudo “Desafios à Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da COVID-19”, de forma abrangente, buscou identificar estratégias inovadoras desenvolvidas, no âmbito político local, no que diz respeito à organização dos serviços, à gestão dos serviços essenciais de saúde, à vigilância e ao cuidado da COVID-19 durante esse período e conhecer as estratégias que facilitam o acesso, por meio de novas tecnologias e procedimentos (prescrições digitais, monitoramento, consultas virtuais etc.).

De forma específica, o desenho do estudo contemplou a dimensão “apoio social a grupos vulneráveis” identificada por iniciativas dos serviços de saúde, da sociedade e da comunidade na promoção de saúde, por ações comunitárias e intersetoriais no contexto da pandemia de COVID-19, em resposta às necessidades sanitária, financeira, psicológica e social da população agravadas pelas circunstâncias da pandemia e sua prevenção. O estudo não considerou as desigualdades étnicas e de gênero que se encontram na sociedade brasileira e que afetam diferencialmente o processo de saúde-doença de múltiplos grupos minoritários.

Atuar no apoio social é ofertar algum tipo de acompanhamento social e psicológico necessários à garantia de proteção social, integral e solidária, sempre com base na identificação dos

grupos mais vulneráveis ou de maior risco de adoecimento por suas condições de saúde prévias e correntes à pandemia, que exigem a conceituação da vulnerabilidade e seu mapeamento no território o que incidirá por sua vez no empoderamento da comunidade¹.

Observa-se, nos anos que antecederam à pandemia, que a abordagem comunitária, uma premissa na perspectiva abrangente da Estratégia Saúde da Família (ESF) em sua expansão, foi em parte negligenciada e sofreu fraturas por restrições ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das equipes de saúde da família, por redução de ações de suporte aos grupos mais vulneráveis como crianças, idosos, pessoas com deficiência, e outras minorias² no território. A estas fragilidades impostas, que são passíveis de identificação, se somaram retrocessos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nas reformas implementadas na legislação trabalhista e previdenciária que afetaram profundamente condições e relações sociais, natureza e gestão dos contratos de trabalho e benefícios sociais no âmbito nacional, regional e local^{3,4}.

Este artigo parte de uma visita a teorias que embasam o conceito de apoio social e sua aplicação na realidade social, revisões de literatura que traçam sua trajetória e atualizam essa aproximação no contexto da COVID-19, reforçando o seu papel nos sistemas de saúde, em especial na APS, e a expectativa de seu desempenho para iluminar diferenças e singularidades no território. O objetivo deste artigo foi analisar o conhecimento dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) acerca da existência e integração de iniciativas da sociedade e dos serviços de saúde na promoção de saúde e no apoio social a grupos vulneráveis.

Destacam-se na tradição das ciências humanas e sociais a equivalência entre os termos “apoio” ou “suporte” social. Parte-se de uma visão mais restrita de suporte social como ajuda que uma pessoa providencia à outra, diante de um problema ou desafio. Foca-se na resolução ou, pelo menos, no alívio do estresse associado ao mesmo problema, ou como um fator capaz de proteger e promover a saúde⁵.

Para Lacerda⁶, apoio social é uma das estratégias da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, principalmente diante dos limites dos serviços públicos de saúde em termos de acesso, resolutividade e cura. Pressupõe benefício à saúde física e mental, porque acolhe e cuida dos sujeitos como uma totalidade corpo-mente. A autora articula teoria sociológica

do apoio social com concepção de totalidade do sujeito no campo da saúde pública, no contexto da promoção da saúde, onde práticas sanitárias atendem demandas e necessidades para o cuidado integral à saúde.

Valla⁷ estabeleceu relação entre a crise do Estado provedor no nível internacional pela globalização nos anos 1980/1990 e a interação entre as classes populares e os serviços de saúde no Brasil. A forte concentração de renda e exclusão social construiu um outro mundo, em que a sobrevivência se relaciona com a solidariedade e onde o apoio social medeia necessidades sociais que dão ao indivíduo acesso aos serviços.

Emerge desse debate o conceito de rede de apoio social, no ambiente familiar e comunitário, como “conjunto de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”⁸. Historicamente, a noção de *social support* (apoio social) também diz respeito à interação do trabalhador com seus colegas e chefia no ambiente de trabalho⁹, facilitadora ou não da integração social.

Cobb (1976) e Cohen e Wills (1985), citados por Siqueira^{5,10,11} investigaram com maior ênfase a interface entre ambiente social e saúde, procurando “identificar tipos de relacionamento benéficos à saúde e a analisar como as experiências nas relações sociais produzem impactos na saúde física e como seria possível intervir no ambiente social para promover e proteger a saúde”.

O suporte social gera efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar¹². Trata-se de um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso, através de suas redes sociais, no sentido da sociologia antropológica que indica que as redes exercem poder sobre o comportamento social das pessoas nelas envolvidas⁵. Valla⁷, nesta linha, destaca o papel das redes sociais de apoio no processo participativo e colaborativo que se distingue de perspectivas mais focadas no indivíduo/usuário.

Essa abordagem sociológica nos anos 1970 buscou descrever a ausência da intervenção de serviços sociais e a institucionalização de medidas sociais, via políticas públicas de apoio do serviço ao usuário, fortalecimento de lideranças comunitárias e seu engajamento político no processo de participação social e construção compartilhada de conhecimento.

Na perspectiva psicológica, recuperada por Siqueira⁵, as informações que permitem aos indivíduos processar o que entendem por suporte

social, se apoia em três formas de percepção da realidade no âmbito da afetividade – ser amado e ter pessoas que se preocupam com ele; ser apreciado e valorizado; e pertencer a uma rede social. Ou seja, relações sociais de suporte passam também a ser associadas ao grau em que a pessoa satisfaz suas necessidades individuais, na interação com outros, nas redes em processos de educação permanente.

Nos anos 1980 as investigações buscaram classificar e medir as iniciativas de suporte; a quantidade de interações mantidas pelos indivíduos, em relação às características estruturais de suas redes e a natureza e intensidade delas – intimidade, reciprocidade e participação social; e a satisfação com o suporte oferecido, em face das necessidades individuais⁵.

Nos anos 1990, as redes de apoio são definidas como características específicas dos laços que unem um conjunto de pessoas em contatos sociais, ou processos interativos como fontes de suporte social para seus integrantes¹¹. Cohen classifica os apoios em emocional, expressão de carinho; instrumental, na forma de ajudas e práticas objetivas e de caráter utilitário, pessoais ou institucionais; e informacional, apoio para tomada de decisão. Esta última classificação não é consenso entre diferentes autores, que consideram que o suporte instrumental contém o informacional, que não teria especificidade.

Se o foco do primeiro grupo de pesquisas foi o indivíduo, os estudos mais recentes procuram identificar essas relações também no ambiente do trabalho em organizações. No Brasil não é diferente e, onde a organização oferece suportes diversos necessários para a execução do trabalho, os estudos objetivam construir e validar a escala de percepção de suporte social^{12,13}.

Fonseca e Moura¹⁴ estudaram as influências do apoio social no ambiente laboral sobre a saúde do trabalhador e sua interferência em seu comportamento profissional. Para eles, as relações interpessoais influenciam mutuamente atitudes e comportamentos, pela disponibilidade em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se, ajudar, assistir com os recursos disponíveis, o que minimiza desencadear patologias e favorece o desempenho das tarefas laborais do grupo que absorve o apoio social¹⁴.

A revista Ciência & Saúde Coletiva retomou, em 2012, o tema do apoio social, em número temático e editorial de Ana Maria Canesqui¹⁵, recuperando a análise de Valla⁷, onde apontava a oportunidade da discussão do tema e sua complementaridade à proteção social ou sua ausência.

Diante das desigualdades sociais e do debate de novas e antigas necessidades sociais e de saúde da população, em suas fases de vida e riscos diversos à saúde sem adequadas políticas sociais integradas, intersetoriais e assistência humanizada nas instituições sociais e de saúde, Canesqui¹⁵ chama atenção que a vida nos centros urbanos, em especial, tornou-se quase impossível em termos de pobreza e de convívio social, destacando em consequência, certo isolamento e vulnerabilidade social, determinados pelas condições sociais de vida.

Canesqui e Barsaglini¹⁶ pontuam que a “literatura nacional dialoga menos com as teorias psicossociais e mais com as sociológicas e as antropológicas, realçando-se pela abordagem do apoio com a rede social, a solidariedade, as trocas e os valores culturais, deslocando-se da esfera individual e privada para a capacidade de organização da sociedade civil e de ações coletivas”.

No Brasil, a ausência de uma política de proteção social mais integral, conduziu a estatutos voltados a grupos sociais específicos (crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência), à revisão das relações parentais e maior cobertura da rede básica de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma humanizada, em parceria com a família, conferindo a esses grupos novo status, como sujeitos de direito e beneficiários de prestações sociais.

Diante das diversas condições de vulnerabilidade social e pobreza, Canesqui¹⁵ vê a política de apoio social como estímulo às relações e aos vínculos sociais para fortalecer o tecido social em contraponto à sua fragilização e individualização, diante das mudanças estruturais da produção, nas relações interpessoais e de poder na sociedade moderna.

Sua perspectiva era pensar nos avanços sociais consolidados e buscar a possibilidade de superar a visão fragmentada do apoio como recurso, instrumento e objeto neutro, deslocado das políticas de proteção social e de saúde, da compreensão das relações sociais e de poder, das desigualdades sociais e da dinâmica dos processos sociais. Com isto, pode-se criar outro sentido para o atendimento das necessidades sociais dos diferentes grupos sociais incorporados em programas de assistência e renda social, educação e saúde integrais, mesmo que dependentes da implementação e operacionalização dos mesmos pelo Estado, sem descuidar dos aspectos individuais.

Hoje, em contexto social e político fragmentado, a nova emergência sanitária causada pela disseminação do vírus e pela tibieza da respos-

ta do Estado e sociedade brasileira com baixo debate político e baixo consenso sobre as medidas emergenciais de apoio^{17,18} e desinformação¹⁹ sobre o vírus, sua disseminação, prevenção e tratamento, faz com que a situação de saúde da população piore. O impacto de comunicações contraditórias sobre a saúde e a vida precisam ser mais bem evidenciados e relativizados²⁰ pela existência de iniciativas comunitárias e outros serviços sociais resilientes atuantes nas mesmas.

Em síntese, a identificação destas diferentes abordagens de apoio social que, com certeza, perpassam a análise pretendida desta dimensão no enfrentamento da pandemia, de COVID-19, bem como o desempenho do sistema de saúde em momento de crise, indicam novos desafios para a organização da APS, na perspectiva forte, resolutiva, integral e coordenadora do cuidado no SUS²¹.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, com amostra representativa das UBS brasileiras em nível nacional e para cada uma das cinco regiões geopolíticas do país (Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sul (S) e Sudeste (SE)). O sorteio da amostra ocorreu a partir das Unidades Básicas de Saúde cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) até dezembro de 2020. A amostra foi estratificada pelas regiões e seu tamanho definido em função do número de UBS registradas em cada região. A amostra para o país foi estabelecida em 750 unidades e ampliada para 945 UBS, considerando uma possível perda de 20%. O erro amostral foi de 3,92 e o efeito de delineamento de 1,20, devido à ponderação adotada²².

Para a coleta de dados, uma equipe treinada de entrevistadores entrou em contato com o coordenador de cada UBS sorteada e/ou com o profissional de saúde de nível superior, com vínculo mínimo de seis meses, que melhor poderia responder ao questionário, convidando-o a preencher o formulário digital, cujo link era enviado diretamente após aceite.

O inquérito, realizado entre julho e novembro de 2021, contemplou diversos temas, dentre eles, o bloco específico sobre ações de apoio social no enfrentamento da COVID-19. Aos informantes das UBS (profissionais de nível superior, com mais de 6 meses de trabalho e gestores ou não) foi indagado se “As atividades abaixo são realizadas na área de abrangência da UBS?” (sim,

com apoio da UBS/sim, sem apoio da UBS/não) para as seguintes atividades: a) Distribuição de cestas básicas; b) Distribuição de itens de higiene pessoal; c) Acesso e preenchimento do cadastro único para o Bolsa Família; d) Distribuição de máscaras; e e) Apoio às mulheres vítimas de violência doméstica. O segundo grupo perguntava: “Você diria que a partir da pandemia de COVID-19 a população que mora na área de abrangência tomou iniciativas para...” a) Melhorar o acesso à água; b) Melhorar a limpeza de áreas comuns; c) Ampliar o acesso à alimentação através da distribuição de refeições; d) Combater às *Fake News* sobre a COVID-19; e) Garantir condições para um isolamento adequado (sim/não/não sei). Por fim, foi perguntado se “A sua UBS se articulou com movimentos sociais para o enfrentamento da COVID-19?” (sim/não/não sei) e “A UBS se articulou com outros setores (secretarias, empresas, igrejas) para o enfrentamento da COVID-19?” (sim/não/não sei).

Para a análise do eixo Apoio Social, foi gerado um escore a partir de um conjunto de variáveis selecionadas e agregadas, relativas a: 1) atividades de apoio social (considerada integral quando apresentam resposta positiva para 1.1) atividades de distribuição de cestas básicas, com apoio das UBS e a distribuição de cestas de alimentos, pelo ACS, para as famílias em insegurança alimentar e 1.2) o acesso e preenchimento do cadastro único do Bolsa Família, com apoio das UBS e a identificação de pessoas em vulnerabilidade social pelos ACS); 2) iniciativas populares no território: neste caso, quando a UBS tem conhecimento sobre o conjunto de iniciativas existentes, recebe pontuação máxima; e 3) articulação social com movimentos sociais e outros setores, alcançando pontuação máxima no caso de resposta positiva para ambas as modalidades de articulação social.

Para a análise das variáveis componentes do eixo de Apoio Social estimaram-se proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%), para cada uma das regiões e para todo o país. Diferenças entre as proporções observadas nas regiões foram estabelecidas pelo teste qui-quadrado com correção de Rao & Scott para amostras complexas, e consideradas significantes aquelas em que o valor de p foi menor que 5%.

Para avaliar sua associação, o eixo de Apoio Social foi dicotomizado pela mediana (58 pontos) e comparado aos demais eixos principais (Atendimento ao paciente com COVID-19; Vigilância em Saúde e Continuidade do cuidado) e variáveis de outros blocos (vacinação; ACS e gestão da UBS)²². Este conjunto de variáveis pos-

sivelmente associadas aos resultados do eixo de Apoio Social foram testadas, pelo sentido benéfico das atividades realizadas no território, especialmente de vigilância em saúde e de gestão da UBS, no cuidado e valorização dos profissionais da ESF. Assim, variáveis relativas à presença predominante dos ACS no território, busca ativa de casos de COVID-19 e de seus contactantes, presença de vacinação na própria UBS e apoio psicológico aos profissionais de saúde, foram comparadas com os resultados do eixo, categorizado por sua mediana (teste do qui-quadrado).

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os escores médios dos eixos que compõem o índice geral²² e variáveis agregadas do eixo de Apoio Social, segundo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e situação urbana/não-urbana (municípios intermediários e rurais, adjacentes ou remotos).

Os testes de Kruskal-Wallis e Dunn, para comparações múltiplas, com ajustes Bonferroni foram empregados para a comparação entre regiões, segundo os eixos e as variáveis agregadas²².

Foram respeitados os princípios éticos, com aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da FSP/USP com o CAAE 31414420.8.0000.5421 e parecer 4.827.811.

Resultados

Dentre as 945 UBS sorteadas, 907 (95,8%) participaram da pesquisa, com mais de 90% de resposta em todas as regiões. Dentre os informantes, 64% eram gerentes e 62,5% com mais de dois anos de atividade na UBS participante. Os enfermeiros foram a maioria dos respondentes (82,9%), seguidos dos médicos (7,8%).

A Tabela 1 apresenta ações de apoio social desenvolvidas durante o enfrentamento à COVID-19, no país e em suas regiões, em 2021. As ações de distribuição de cestas básicas, distribuição de itens de higiene pessoal e de acesso e preenchimento do cadastro único do Bolsa Família foram as atividades que partiram de ações das UBS, com diferenças com significância estatística entre as regiões ($p < 0,05$). Quanto à distribuição da cesta básica, nas regiões N e NE, embora com maior participação relativa das UBS nesta ação, chama a atenção que quase metade delas não identificou esta atividade no território (48,8% e 47,8%, respectivamente), sendo a proporção nacional de 41,8% de ausência desta iniciativa. Ao mesmo tempo, os ACS complementam esta atividade, distribuindo cestas básicas às famílias em

situação de insegurança alimentar em 76% das UBS (Tabela 1).

A distribuição de itens de higiene pessoal não ocorreu em mais da metade das unidades participantes em todas as regiões, variando de 51,6% a 63,2%. Esta ação foi a com menor indicação de apoio das UBS: 18,9% (Brasil), variando de 16,1% até 27,1% (regiões S e CO, respectivamente) (Tabela 1).

No que diz respeito ao acesso e preenchimento do cadastro único do Bolsa Família, predominou o apoio das UBSs, com melhores desempenhos nas regiões N, NE e CO (64,8%, 62,4%

e 62,3%, respectivamente). A atuação conjunta dos ACS tende a ampliar essas atividades, uma vez que identificam pessoas em situação de vulnerabilidade em 93% das UBS a que se vinculam (Tabela 1).

A distribuição de máscaras foi expressiva em todas as regiões, alcançando mais da metade da população (58,9%), variando de 50,8% a 61,5%. Deste total, as UBS apoiaram a atividade na maior parte das vezes (78,1%). O apoio às mulheres vítimas de violência doméstica foi referido por 67% das UBS, com variação de 8,1% entre as regiões, sem diferenças significantes.

Tabela 1. Ações de apoio social realizadas na área de abrangência da UBS no enfrentamento à COVID-19^a. Brasil e regiões, 2021.

Atividades de apoio social		Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Centro-Oeste % (IC95%)	Brasil ^b % (IC95%)
Distribuição de cestas básicas ^c p=0,0094*	Sim (com apoio da UBS)	28,80 (21,51-37,38)	26,99 (21,59-33,17)	31,45 (25,96-37,52)	26,34 (20,49-33,17)	37,70 (29,52-46,66)	29,32 (26,27-32,57)
	Sim (sem apoio da UBS)	22,40 (15,91-30,58)	25,22 (19,97-31,31)	33,47 (27,85-39,59)	35,48 (28,92-42,65)	22,95 (16,31-31,29)	28,88 (25,85-32,11)
	Não	48,80 (40,12-57,56)	47,79 (41,33-54,32)	35,08 (29,38-41,25)	38,17 (31,45-45,38)	39,34 (31,04-48,31)	41,80 (38,43-45,25)
Distribuição de itens de higiene pessoal p=0,0239*	Sim (com apoio da UBS)	23,20 (16,60-31,44)	18,58 (14,02-24,22)	17,34 (13,11-22,58)	16,13 (11,50-22,16)	27,05 (19,88-35,65)	18,90 (16,34-21,75)
	Sim (sem apoio da UBS)	13,60 (8,603-20,84)	20,80 (15,98-26,60)	28,63 (23,33-34,59)	29,57 (23,43-36,55)	21,31 (14,91-29,51)	23,96 (21,14-27,03)
	Não	63,20 (54,37-71,22)	60,62 (54,08-66,80)	54,03 (47,78-60,16)	54,30 (47,07-61,35)	51,64 (42,77-60,41)	57,14 (53,68-60,53)
Acesso e preenchimento do cadastro único do Bolsa família ^d p=0,0003*	Sim (com apoio da UBS)	64,80 (56,00-72,70)	62,39 (55,87-68,49)	47,58 (41,41-53,82)	50,00 (42,84-57,16)	62,30 (53,34-70,48)	56,12 (52,68-59,50)
	Sim (sem apoio da UBS)	12,00 (7,35-19,00)	17,26 (12,86-22,77)	29,03 (23,70-35,01)	23,12 (17,60-29,75)	13,93 (8,82-21,32)	21,13 (18,45-24,09)
	Não	23,20 (16,60-31,44)	20,35 (15,59-26,13)	23,39 (18,52-29,08)	26,88 (20,98-33,73)	23,77 (17,02-32,17)	22,75 (19,99-25,77)
Distribuição de máscaras p=0,3824	Sim (com apoio da UBS)	44,00 (35,52-52,84)	49,56 (43,06-56,07)	45,56 (39,45-51,82)	46,24 (39,17-53,46)	37,70 (29,52-46,66)	46,41 (42,96-49,89)
	Sim (sem apoio da UBS)	7,20 (3,78-13,30)	11,95 (8,31-16,88)	14,11 (10,30-19,04)	12,90 (8,79-18,56)	13,11 (8,17-20,39)	12,46 (10,33-14,95)
	Não	48,80 (40,12-57,56)	38,50 (32,36-45,02)	40,32 (34,38-46,57)	40,86 (34,00-48,10)	49,18 (40,38-58,03)	41,13 (37,77-44,57)
Apoio às mulheres vítimas de Violência doméstica p=0,2991	Sim (com apoio da UBS)	61,60 (52,75-69,74)	68,14 (61,76-73,91)	65,73 (59,58-71,39)	67,74 (60,67-74,09)	69,67 (60,91-77,20)	66,88 (63,53-70,06)
	Sim (sem apoio da UBS)	11,20 (6,73-18,07)	7,52 (4,72-11,78)	13,71 (9,95-18,59)	10,22 (6,60-15,48)	9,02 (5,05-15,59)	10,31 (8,40-12,58)
	Não	27,20 (20,09-35,70)	24,34 (19,17-30,38)	20,56 (15,97-26,07)	22,04 (16,64-28,60)	21,31 (14,91-29,51)	22,82 (20,03-25,87)

Notas: UBS: unidade básica de saúde. ^a Número de respostas: Brasil = 907; Norte = 125; Nordeste = 226; Sudeste = 248; Sul = 186; Centro-Oeste = 122; ^b Resultado Brasil calculado considerando os pesos amostrais; ^c Distribuição de cestas de alimentos para famílias em insegurança alimentar pelos ACS - total 76,36% (73,19-79,26); ^d Identificação de pessoas em vulnerabilidade social pelos ACS - total: 92,88% (90,84-94,49).

Fonte: Dados do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em APS da Abrasco "Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS", 2021.

Algumas iniciativas da população das áreas de abrangência das UBS para o enfrentamento da pandemia, no Brasil e suas regiões estão reportadas na Tabela 2. Dentre as iniciativas investigadas, a região NE destaca-se positivamente, na melhoria do acesso à água (41,6% x 26,9%), melhoria da limpeza das áreas comuns (61,1% x 48,5%), ampliação do acesso à alimentação saudável através da distribuição de refeições (27% x 22,3%) e garantia de condições para um isolamento adequado (61,1% x 52,6%), com diferença estatística ($p < 0,05$) entre as regiões brasileiras.

O combate às *fake news* (31%) não apresentou diferença significativa entre as regiões. Chama a atenção o desconhecimento das UBS acerca destas iniciativas: variaram de 12,8% a 25,6%, sendo maior o desconhecimento sobre a melhoria do acesso à água e à alimentação.

Sobre a articulação das UBS com movimentos sociais e outros setores (Tabela 3), houve melhor articulação com outros setores (42,2%), dentre eles empresas e igrejas, do que em relação à articulação com movimentos sociais (29,9%) com vistas a apoiar a população. O grau de des-

Tabela 2. Iniciativas da população das áreas de abrangência das UBS para o enfrentamento da pandemia^a. Brasil e regiões, 2021.

Iniciativas da população		Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Centro-Oeste % (IC95%)	Brasil ^b % (IC95%)
Melhoria do acesso à água $p < 0,0001^*$	Sim	28,80 (21,51-37,38)	41,59 (35,32-48,15)	15,73 (11,69-20,82)	14,59 (10,19-20,47)	22,13 (15,61-30,40)	26,93 (23,99-30,09)
	Não	49,60 (40,89-58,33)	35,84 (29,84-42,33)	56,45 (50,19-62,51)	56,22 (48,96-63,22)	49,18 (40,38-58,03)	47,50 (44,11-50,91)
	Não sabe	21,60 (15,22-29,72)	22,57 (17,57-28,50)	27,82 (22,58-33,75)	29,19 (23,07-36,17)	28,69 (21,33-37,38)	25,57 (22,68-28,7)
Melhoria da limpeza das áreas comuns $p < 0,0001^*$	Sim	48,80 (40,12-57,56)	61,06 (54,53-67,22)	38,71 (32,83-44,94)	38,92 (32,14-46,16)	45,08 (36,45-54,02)	48,52 (45,13-51,93)
	Não	38,40 (30,26-47,25)	29,20 (23,63-35,49)	42,74 (36,00-71,49)	45,95 (38,87-53,19)	41,80 (33,35-50,77)	37,65 (34,40-41,01)
	Não sabe	12,80 (7,97-19,92)	9,74 (6,49-14,36)	18,55 (14,17-23,90)	15,14 (10,64-21,08)	13,11 (8,17-20,39)	13,83 (11,64-16,36)
Ampliação do acesso a alimentação através da distribuição de refeições $p = 0,0454^*$	Sim	19,20 (13,19-27,10)	26,99 (21,59-33,17)	20,16 (15,61-25,64)	15,14 (10,64-21,08)	24,59 (17,73-33,04)	22,30 (19,50-25,36)
	Não	54,40 (45,58-62,96)	53,54 (46,99-59,97)	56,05 (49,79-62,12)	54,59 (47,35-61,65)	58,20 (49,23-66,65)	54,93 (51,44-58,37)
	Não sabe	26,40 (19,39-34,85)	19,47 (14,80-25,17)	23,79 (18,89-29,51)	30,27 (24,06-37,30)	17,21 (11,47-25,01)	22,78 (20,03-25,78)
Combate às <i>fake news</i> sobre a COVID-19 $p = 0,0648$	Sim	30,40 (22,94-39,05)	35,84 (29,84-42,33)	29,03 (23,70-35,01)	21,62 (16,26-28,16)	32,79 (25,01-41,64)	30,97 (27,83-34,30)
	Não	44,80 (36,28-53,64)	45,58 (39,17-52,13)	44,76 (38,66-51,02)	52,43 (45,21-59,56)	47,54 (38,80-56,43)	46,36 (42,92-49,84)
	Não sabe	24,80 (17,98-33,15)	18,58 (14,02-24,22)	26,21 (21,10-32,06)	25,95 (20,12-32,77)	19,67 (13,52-27,73)	22,67 (19,92-25,67)
Garantia de condições para um isolamento adequado $p = 0,0104^*$	Sim	50,40 (41,67-59,11)	61,06 (54,53-67,22)	46,37 (40,23-52,62)	47,03 (39,92-54,26)	49,18 (40,38-58,03)	52,56 (49,12-55,98)
	Não	38,40 (30,26-47,25)	27,43 (21,99-33,64)	40,32 (34,38-46,57)	36,76 (30,10-43,97)	37,70 (29,52-46,66)	34,60 (31,42-37,92)
	Não sabe	11,20 (6,73-18,07)	11,50 (7,94-16,38)	13,31 (9,61-18,15)	16,22 (11,56-22,28)	13,11 (8,17-20,39)	12,84 (10,71-15,33)

Notas: UBS: unidades básicas de saúde. ^a Número de respostas: Brasil = 907; Norte = 125; Nordeste = 226; Sudeste = 248; Sul = 186; Centro-Oeste = 122; ^b Resultado Brasil calculado considerando os pesos amostrais.

Fonte: Dados do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em APS da Abrasco "Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS", 2021.

Tabela 3. Articulação das UBS com movimentos sociais e outros setores para o enfrentamento à pandemia da COVID-19^a. Brasil e regiões, 2021.

Articulação		Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Centro-Oeste % (IC95%)	Brasil ^b % (IC95%)
Movimentos sociais p=0,3824	Sim	27,20 (20,09-35,70)	32,74 (26,92-39,15)	29,84 (24,45-35,85)	23,78 (18,18-30,48)	31,15 (23,53-39,94)	29,96 (26,86-33,27)
	Não	58,40 (49,54-66,75)	57,96 (51,41-64,25)	62,10 (55,88-67,94)	68,11 (61,02-74,44)	59,02 (50,05-67,42)	60,83 (57,37-64,17)
	Não sabe	14,40 (9,24-21,75)	9,29 (6,13-13,85)	8,07 (5,25-12,19)	8,11 (4,94-13,04)	9,84 (5,65-16,57)	9,21 (7,40-11,41)
Outros setores (secretarias, empresas, igrejas) p=0,3537	Sim	47,20 (38,58-55,99)	40,71 (34,47-47,26)	40,73 (34,76-46,98)	49,19 (42,02-56,39)	36,89 (28,76-45,83)	42,15 (38,77-45,62)
	Não	39,20 (31,00-48,05)	48,67 (42,19-55,20)	50,40 (44,19-56,61)	41,62 (34,71-48,88)	54,10 (45,17-62,77)	47,86 (44,40-51,34)
	Não sabe	13,60 (8,60-20,84)	10,62 (7,21-15,37)	8,87 (5,90-13,12)	9,19 (5,78-14,31)	9,02 (5,05-15,59)	9,99 (8,09-12,28)

Notas: ^a Número de respostas: Brasil = 907; Norte = 125; Nordeste = 226; Sudeste = 248; Sul = 186; Centro-Oeste = 122; ^b Resultado Brasil calculado considerando os pesos amostrais.

Fonte: Dados do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em APS da Abrasco “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS”, 2021.

conhecimento foi menor que 10%, bem inferior ao relativo às iniciativas da população no território. Não foi encontrada diferença significativa entre as regiões.

Em suma, o eixo do Apoio Social apresentou diferenças significativas entre as regiões, sendo as da região NE superior às das regiões S e SE.

Quando comparadas às variáveis agregadas, segundo situação urbana/não-urbana e IDH-M categorizado por sua mediana (0,70), os resultados foram significativamente maiores nas UBS em municípios rurais e intermediários, com IDH-M abaixo da mediana (Gráfico 1). Destaca-se que os resultados foram significantes para o eixo e de duas de suas variáveis agregadas, relativas à atuação conjunta das UBS com os ACS, na distribuição de cestas básicas e inscrição no Bolsa Família, bem como nas ações de articulação social, principalmente na articulação com outros setores. No que se refere ao conhecimento das UBS acerca das iniciativas populares em seu território não houve diferença significativa, embora com valores ligeiramente superiores. No entanto, ao serem consideradas a realização das iniciativas populares, todas, exceto a distribuição de refeições, foram significativamente maiores no espaço não-urbano.

Foram comparadas as frequências relativas das variáveis dos demais eixos que apresentavam vinculação com a atuação no território e dos próprios eixos, segundo o desempenho do eixo de Apoio Social (Gráfico 2). Dessa forma, a vaci-

nação contra COVID-19 na UBS, a atuação dos ACS na vigilância de casos de COVID-19 e de busca ativa de contatos e o apoio psicológico aos profissionais de saúde apresentaram resultados significativamente maiores, em consonância ao alto desempenho do eixo de Apoio Social (acima de 58,3). Com relação à predominância do processo de trabalho dos ACS no território, não foi encontrada associação significativa, embora ligeiramente mais elevada no mesmo sentido. Ademais, quando comparadas as distribuições dos escores médios e IC95% das UBS, nos eixos de Atendimento ao paciente com COVID-19, Vigilância em Saúde e Continuidade do cuidado, segundo o desempenho do eixo de Apoio Social, observa-se que foram significativamente maiores quando há alta performance do Apoio Social.

Discussão

O apoio social se caracteriza pela aproximação e conhecimento da realidade social do território da APS, o que se faz por relações sociais de ordem material, financeira e de ações positivas, ou seja, constituir uma rede de suporte para mobilização dos vínculos familiares, de amizade e de base comunitária em torno de bens e serviços sociais.

Sem abandonar a articulação com outras dimensões que o estudo abarca, se pretende enfatizar aqui realizações e mudanças na comunidade e no sistema de saúde que podem impactar deter-

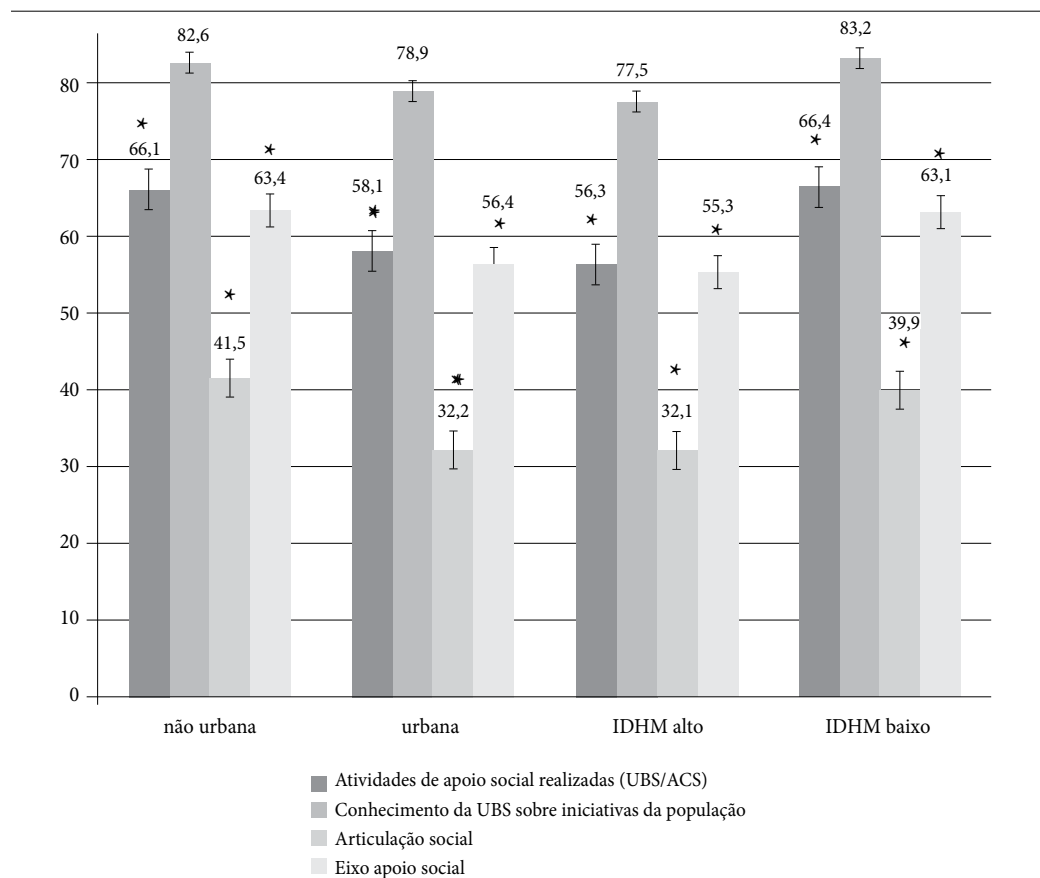


Gráfico 1. Distribuição dos escores médios e IC95% das variáveis componentes do eixo de Apoio Social, segundo a situação urbana e não-urbana (municípios rurais e intermediários) e pontuação do IDHM (baixo: ≤mediana; alto: acima da mediana >70). Brasil, 2021.

Nota: * $p < 0,01$ (teste de Mann-Whitney).

Fonte: Autoras. UNDP, 2010; IBGE, 2017. Dados do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em APS da Abrasco "Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS", 2021.

minantes de saúde, promover a saúde da população e reduzir a desigualdade de saúde apoiadas por um planejamento e uma organização de base comunitária dos serviços de saúde, conforme o modelo hegemônico de atenção da ESF no SUS.

Olhar mais especialmente para o apoio social, avaliá-lo junto a gestores e profissionais de saúde como uma dimensão desenvolvida da APS no enfrentamento da COVID-19, teve por objetivo ampliar o entendimento das potencialidades e fragilidades da abordagem comunitária, como premissa do funcionamento do modelo hegemônico da APS, a Estratégia da Saúde da Família: onde ela ocorre, como se expressa e se organiza e com a participação de grupos sociais.

Neste sentido, os achados deste estudo, mostram o fortalecimento das ações de apoio social nas regiões NE, N e CO, quando comparadas a SE e S, por exemplo, na atuação intersectorial no cadastramento no Bolsa Família, com apoio da UBS, realçado pela articulação dos ACS no território²².

No centro do processo de trabalho de enfrentamento da COVID-19 pelas equipes de saúde é fundamental fortalecer a ação coordenada destas no território, pela conceituação da vulnerabilidade para os efeitos da COVID-19¹, implementação de ações comunitárias com lideranças, instituições e organizações locais e de ações governamentais, pela articulação das equipes com

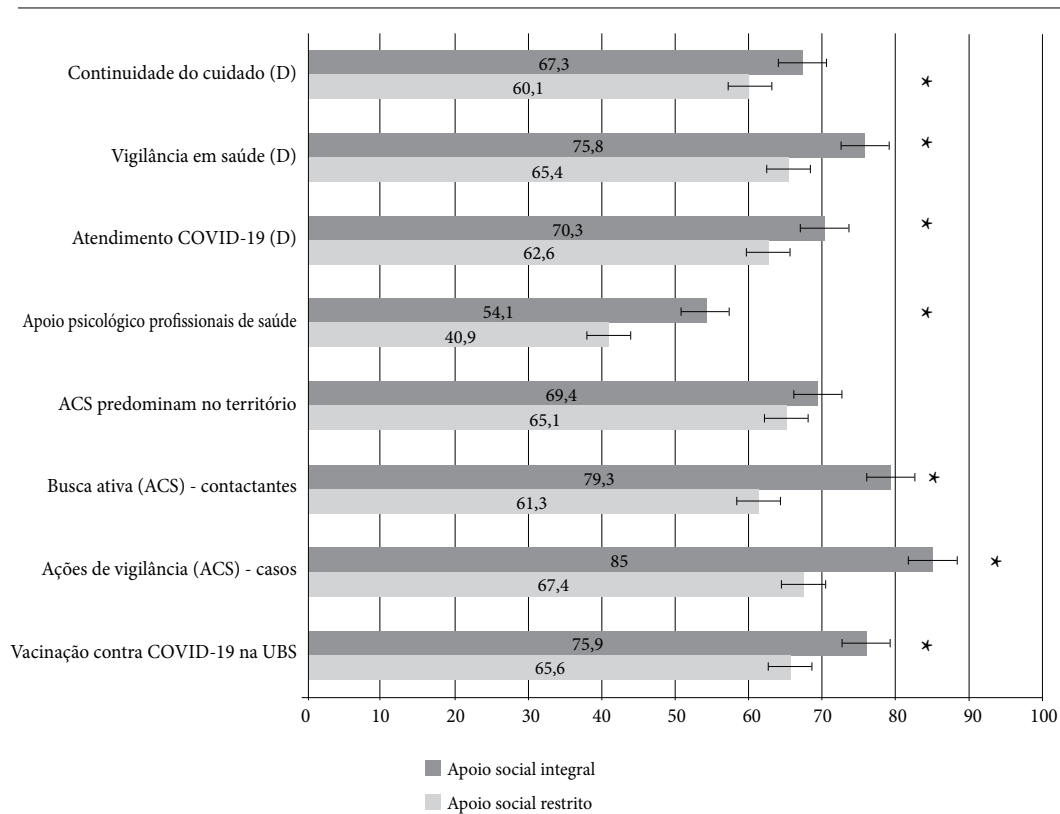


Gráfico 2. Distribuição das frequências relativas e IC95% das UBS, em relação às variáveis de atuação no território dos demais blocos e das dimensões (D), segundo os resultados do eixo de Apoio Social (restrito: \leq mediana; integral: acima da mediana $>58,3\%$). Brasil, 2021.

Nota: * $p < 0,01$ (teste do Qui-quadrado).

Fonte: Autoras. Dados do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em APS da Abrasco “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS”, 2021.

os setores municipais públicos ou não, no sentido da função social da APS no SUS²³.

Griep *et al.*²⁴ validaram a escala de apoio social MOS-SSS, desenvolvida originalmente nos EUA, com cinco dimensões analíticas – material, afetiva, interação social, emocional e informação. Há possibilidades de dialogar com este estudo epidemiológico, em duas das dimensões que se configuram como importantes no contexto da pandemia: a material, com a provisão de recursos práticos; e a emocional-afetiva, que diz respeito à habilidade da rede apoiar individualmente os problemas decorrentes da violência, da depressão dos envolvidos, do abandono (fator de proteção e promoção em saúde)⁵ e sua avaliação na rede de apoio social. Neste mesmo sentido, Siqueira reforça a importância de valores e dimensões de

ação que entrecruzam as abordagens e enriquecem o debate ao incluir o esclarecimento e orientação sobre o risco e sua prevenção⁵.

Desta forma, notou-se que importantes iniciativas estruturais e materiais (acesso à água e limpeza das áreas comuns), articularam-se com iniciativas de combate direto à pandemia, garantindo condições de isolamento adequado, principalmente na região NE. Contudo, o desconhecimento das UBS sobre iniciativas populares em seu território ilustra a falta de coordenação entre as equipes e seus territórios. É interessante apontar para os percentuais de respostas “não sabe” relativos ao conhecimento sobre a situação dos domicílios, mostrando que as equipes conhecem pouco seu território de ação, independente da região, ainda que na região NE tenham se desta-

cado resultados significativamente superiores às demais regiões, quanto à realização das iniciativas populares no território.

De forma genérica, são dois os núcleos de implementação de ações: a comunidade e suas representações e as instituições governamentais ou não, representativas de setores sociais e econômicos. Destacam-se as políticas públicas de proteção social dirigidas aos grupos vulneráveis e as políticas de segurança alimentar, em razão da volta da fome e desnutrição, para além da pobreza. Este estudo comprova que houve uma reduzida articulação das UBSs com os movimentos sociais; em contrapartida, a articulação de ações com outros setores da sociedade (igrejas, empresas e ações intersetoriais) apresentou proporções maiores. Reitera assim a visão de Valla⁷ de que o apoio social cresce nas comunidades e nas instituições que a servem como Igrejas, organizações sociais de acolhida, reforço alimentar e educacional nas emergências sanitárias ou não, frente a ausência ou distanciamento do Estado. O autor ainda comenta a necessidade de mudança na articulação população-profissionais de saúde na construção e troca de saberes e práticas⁷.

No processo de consolidação do SUS e da institucionalização da APS abrangente, a intersectorialidade e a participação social se articulam na busca pela integralidade do cuidado, tendo em vista as complexidades sociais que exigem olhares, para além de um único setor^{25,26}. No que se refere especificamente à APS, o cuidado intersectorial mostra-se importante estratégia de cuidado em rede, no cotidiano dos serviços e em suas crises²⁴. No tocante à participação social, a literatura aponta importantes dificuldades de sua operacionalização na saúde – desde o pouco conhecimento da população acerca do SUS e dos possíveis espaços participativos – bem como de funcionamento dos conselhos de saúde e operacionalização das pactuações por parte de gestores²⁵.

A fragilização da PNAB de 2017 que antecedeu à pandemia, já constrangia a abordagem comunitária e sua perspectiva abrangente com precarização do trabalho e restrições às ações dos ACS no território²⁻⁴. Ao mesmo tempo em que houve uma fragmentação dos processos de trabalho na APS, percebeu-se uma certa resiliência nas localidades não urbanas e com menor IDHM (<70), mantendo maior desempenho no apoio social para estes municípios. Estudos associam a presença das redes de apoio na formação de resiliência individual, familiar e comunitária como mecanismo de proteção e promoção de solida-

riedade pela interatividade e identidade cultural⁸. Canesqui¹⁵, por outro lado, mostra que novo ou outro sentido para o atendimento das necessidades entre desiguais, por programas de assistência e renda social permanecem provisórios e descontínuos.

O processo de transformação social passa por mudanças na comunidade e no sistema de saúde que impactam determinantes de saúde, promovem melhoria da saúde da população e reduzem a desigualdade de saúde por um agir colaborativo e uma organização de base comunitária dos serviços de saúde. Esta organização que embasa o apoio social mostrou uma associação relevante em seu desempenho, com as demais vertentes de enfrentamento à pandemia, em destaque para a vigilância em saúde, o atendimento específico ao paciente com COVID-19 e a continuidade do cuidado.

Os ACS no SUS constituem o principal elo entre as UBS e seus territórios, reforçando a abordagem comunitária com suas atividades de busca ativa de usuários adscritos. O estudo demonstrou que as unidades com desempenho superior no apoio social apresentam também maior cuidado com seus profissionais de saúde (apoio psicológico) e melhor aproveitamento da estrutura da UBS (vacinação). O enorme desgaste dos profissionais de saúde durante a pandemia, pela sobrecarga de trabalho, maior exposição e risco de contaminação e a precariedade de muitos serviços de saúde, no tocante aos equipamentos de proteção individual e falta de apoio psicossocial podem afetar os diversos profissionais de saúde e causar exacerbação do estresse e esgotamento físico e psíquico^{26,27}.

Teixeira *et al.*²⁷ indicaram que a quase totalidade dos estudos sobre o impacto da COVID encontrados, referiam-se a trabalhadores de saúde no nível hospitalar, negligenciando a importância dos serviços de atenção primária (“porta de entrada” dos pacientes ao sistema de saúde), os serviços ambulatoriais, a assistência domiciliar e os cuidados em instituições de longa permanência para idosos. O forte medo de adoecimento e necessidade de afastamento físico gerou alguma paralisia na APS nos primeiros momentos da pandemia²⁸.

Considerações finais

O presente artigo buscou discutir, a partir de dados empíricos, a relação entre apoio social no contexto da pandemia da COVID-19 e respostas

da APS, considerando percepções dos profissionais de saúde envolvidos.

Como limitações deste estudo, ressalta-se sua natureza transversal que olha apenas um ponto no tempo, mas que tem como mérito seu caráter inédito e relevante naquele contexto, pois as aproximações feitas (de modo remoto) podem ser amplificadas por outros estudos, inclusive com outras abordagens metodológicas. Um importante aspecto a ressaltar foi o desafio de operacionalizar uma dimensão necessariamente intersetorial, focada em cuidado multi e interprofissional, uma vez que se debruça sobre o que é produzido no âmbito do sistema de saúde.

Recupera ainda discussões importantes sobre o próprio conceito de apoio social, em sua relação com realidades impostas por um contexto de emergência social e sanitária. Também foi possível evidenciar de que maneira situações de vulnerabilidades sociais impostas por determinações a priori, foram manejadas por recursos já existentes nos serviços de saúde como, por exemplo, o papel fundamental dos ACS.

Algumas lacunas identificadas na análise dos dados poderão provocar novas investigações para avaliar as consequências desses processos ocorridos durante a pandemia, para o funcionamento do apoio social na APS; para a organização do trabalho nas UBS, diante dessas medidas de apoio social; para o estímulo ao planejamento local e à participação popular que amplifiquem o processo de tomada de decisão, face às novas condições de vulnerabilidade que afetam a abordagem comunitária em algumas regiões brasileiras e viabilizem novas condições institucionais de governança.

Assim, ampliar a magnitude e escopo das ações, fortalecer laços entre diferentes atores para superar dificuldades postas e reverter os efeitos da pandemia sobre iniquidades em saúde, ficam como recomendações. Fortalecer estratégias como comunicação social efetiva e educação popular em saúde podem ser respostas para os desafios impostos e evidenciados nesta pesquisa.

As autoras agradecem à OPAS e Associação UMANE pelo financiamento da pesquisa que deu origem aos dados que estão sendo apresentados.

Colaboradores

Todas as autoras participaram da revisão do manuscrito e das respostas enviadas aos editores.

Financiamento

A pesquisa “Desafios à Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da COVID-19”, realizada em 2021-2022, no âmbito da Rede APS em Pesquisa/Abrasco, apresentada neste artigo, foi apoiada financeiramente pela OPAS e pela Associação UNAME.

Referências

1. Van der Ven LGL, Duinhof EL, Duckers MLA, Jambroes M, Van Bon-Martens MJH. Conceptualizing Vulnerability for Health Effects of the COVID-19 Pandemic and associated Measures in Utrecht and Zeist: a concept map. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:12163.
2. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saude* 2018; 16(1):163-182.
3. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):261-274.
4. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade G. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):38-51.
5. Siqueira MMM. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicol Estudo* 2008; 13(2):381-388.
6. Lacerda A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública* [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz; 2002.
7. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(7):37-56.
8. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente Soc* 2014; 17(3):135-154.
9. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78(10):1336-1342.
10. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med* 1976; 38(5):300-314.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bull* 1985; 98:310-357.
12. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estud Psicol (Natal)* 2002; 7(1):37-46.
13. Gomide S, Guimarães LC, Damásio LFQ. Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho. In: *II Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa em Bem-estar, Suporte Social e Trabalho*. Uberlândia; 2004.
14. Fonseca ISS, Moura SB. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicol Am Lat* 2008; 15:s.p.
15. Canesqui AM. Necessidades, apoio e proteção sociais [editorial]. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1100.
16. Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1103-1114.
17. Guimarães R. *SUS: elemento central para enfrentar a pandemia* [Internet]. 2020 [acessado 2022 out 20]. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/597139-sus-elemento-central-para-enfrentar-a-pandemia-de-coronavirus-entrevista-especial-com-reinaldo-guimaraes>.
18. Buss P, Fleury S. *Periferias e Pandemia: Plano de Emergência, já!* [Internet]. 2020 [acessado 2022 out 20]. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597511-periferias-e-pandemia-plano-de-emergencia-ja>.
19. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas DM, Cotrim Junior DF, Cavalcante JR, Faerstein E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2021; 45:e65.
20. Siqueira-Pontes JA. En Brasil, ¿quién no puede lavarse las manos? Lecciones de la crisis de la COVID-19 para el futuro de los derechos fundamentales. *Opin Jurid (Medellin)* 2020; 19(n. esp. 40):465-494.
21. Rede de Pesquisa em APS. *Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022.
22. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Nedel FB, Cury G, Mota PHS, Schenkman S, Chueiri PS, Alves MCGP. Brazilian PHC response to the COVID-19 pandemic: individual and collective comprehensiveness and performance profiles. *Research Square* 2022 [preprint]. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1909134/v1>.
23. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00149720.
24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):703-714.
25. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Rev Psicol Saude* 2021; 13(2):155-164.
26. Andre AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saude Redes* 2021; 7(2):217-237.
27. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3465-3474.
28. Moreira AS, Lucca SR. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. *Enferm Foco COFEN* 2020; 11:155-161.

Artigo apresentado em 06/03/2023

Aprovado em 22/06/2023

Versão final apresentada em 24/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

