



Série Saúde & Amazônia. 30

# A SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA:

redes de pesquisa, formação  
e situações de saúde e  
condições de vida

**ORGANIZADORES:**

Júlio Cesar Schwelckardt  
Alcindo Antônio Ferla  
Leandro Glatti





Série Saúde & Amazônia, **30**

**ORGANIZADORES:**

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Leandro Giatti

# A SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA:

redes de pesquisa, formação  
e situações de saúde e  
condições de vida

**1º Edição**  
**Porto Alegre, 2024**  
**Rede UNIDA**



**REALIZAÇÃO:**

**PPGVIDA**



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
FIOCRUZ Amazônia



**USP**  
Universidade  
de São Paulo



**APOIO FINANCEIRO**



Ministério da  
Educação

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA

## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virginia de Menezes Portes.

## Conselho Editorial:

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).  
**Berta Paz Llorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha).  
**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América).  
**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).  
**Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Francisca Valde Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).  
**Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).  
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense).  
**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).  
**João Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).  
**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).  
**Lisiane Böer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).  
**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).  
**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
**Maria Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).  
**Maria Augusta Nicolì** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).  
**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil).  
**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil).  
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).  
**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra).  
**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil).  
**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil).  
**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil).  
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).



Comissão Executiva Editorial

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Renata Riffel Bitencourt**

**Alana Santos de Souza**

Projeto Gráfico Capa e Miolo

**Editora Rede UNIDA**

Diagramação

**Agência Beast Br**

Arte da Capa

**Junio Pontes**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**S255** A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida.

**Organizadores:** Júlio Cesar Schweickardt; Alcindo Antônio Ferla e Leandro Giatti.

**1.ed.** - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2024.

**ISBN:** 978-65-5462-158-8

**404 p.** (Série Saúde & Amazônia, v.30).

**DOI:** 10.18310/9786554621588

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação Continuada. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**NLM WA 18  
CDU 376**

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Amazônia.
2. Medicina: Saúde pública; Região amazônica.

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza - Bibliotecária - CRB 10/2738

Copyright © 2024

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Leandro Giatti.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252  
www.redeunida.org.br

# **Complexidade, comunicação, circulação de informações e educação permanente em saúde:** diálogos e monólogos no enfrentamento à pandemia em territórios amazônicos



**William Pereira Santos**  
**Tânia Aparecida de Araújo**  
**Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes**  
**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Alcindo Antônio Ferla**



## **INTRODUÇÃO**

O tema da comunicação no âmbito da saúde atravessa muitos debates sobre a organização do trabalho e a escuta dos territórios no campo da Saúde Coletiva. Tomaremos alguns marcos conceituais nessa breve retrospectiva. Marina Peduzzi (2001; 2018) e seus colaboradores têm contribuições relevantes para demonstrar a comunicação como atributo necessário ao trabalho em serviços de maior densidade tecnológica, como o hospital, e ainda mais em pontos de atenção nos territórios. A comunicação, nesses estudos, não trata apenas da circulação de informações, mas de uma razão comunicativa intrínseca nos processos de trabalho, sobretudo visível na negociação entre os agentes do trabalho. Há um razoável acúmulo de argumentos demonstrando a prática

interprofissional como necessária à produção de saúde em territórios complexos. Nas pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/ILMD - Fiocruz Amazônia), a complexidade dos territórios aparece relacionada à categoria de território líquido (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021), destacando a convivência de condições diversas e adversas muito singulares nos territórios amazônicos, mas também visíveis em outros contextos, assim como na condição própria dos territórios, sempre vivos e movediços, onde a comunicação intensiva e a reflexão densa convocam o trabalho para processos de educação permanente em saúde (Ferla, 2021). A complexidade também se articula à informação, à comunicação e à aprendizagem significativa como produção de inteligência à gestão e ao cuidado em saúde em estudos que propõem aproximações sucessivas das equipes de saúde aos territórios (Ferla, Ceccim & Dal Alba, 2012) e em condições de crise sanitária (Ferla *et al.*, 2020).

Neste estudo, interessou-nos desenvolver essas ideias em territórios complexos (no território líquido), em contexto da maior crise sanitária do século XXI (Sousa *et al.*, 2021) e buscando a dimensão micropolítica do enfrentamento à pandemia.

A abordagem territorial, sobretudo nos territórios abrangidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para compreender a dinâmica da pandemia, é oportuna. Muitas informações são registradas nos atendimentos diários, sendo importantes para acompanhamento das condições de vida. Algumas dessas informações são registradas nos sistemas de informação de base nacional, mas muitas das condições que articulam a vida ao cuidado em saúde não estão. As UBS são um ponto de saúde oportuno e estratégico para a modelagem de cuidado, sendo importantes para a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões individual e coletiva (Brasil, 2013). Com o avanço da pandemia no Brasil e, em especial do território amazônico, do qual trata essa produção escrita, torna-se relevante refletir sobre o cotidiano e fluxos de acesso aos serviços de saúde, incluindo a adesão à vacinação contra a Covid-19.

As condições desfavoráveis de acesso e adesão das pessoas aos serviços de saúde e diversas estratégias de controle da Covid-19 são expostas, bem como as condições precárias de garantir segurança biológica e social das pessoas. Assim, a pandemia de Covid-19 desafiou que o planejamento em saúde reforçasse medidas de isolamento espacial e monitoramento de usuários e grupos sociais com maior risco e vulnerabilidade à doença, assegurando suporte na Atenção Básica e articulação desta aos cuidados de maior complexidade, como urgência e emergência (Engstrom *et al.*, 2020). Os desafios, desde o início da pandemia, foram tensionados pela necropolítica, bem compatível com a política bolsonarista. Essa forma de governar atinge desi-

tualmente as populações mais vulneráveis, especialmente a população negra, pobre, periférica e indígena agravadas sensivelmente com a sobreposição do quesito gênero e outros marcadores de desigualdade. Mas a tensão também ocorre pelo subfinanciamento do SUS, marcando um retrocesso nos direitos sociais que repercute nos cuidados em saúde e nos direitos sociais, mostrando tensões na vida das pessoas e nos territórios (Castro, 2021; Leite, 2020).

Pois bem, nesse contexto, buscamos compreender os fluxos comunicacionais relacionados à vacina no território amazônico, com complexidade e singularidades já descritas, e compreender a dinâmica micropolítica que esses fluxos geraram nas formas de enfrentamento à pandemia. Por certo, o conhecimento derivado não é local e regional, já que induzido por fatores que têm influência interseccional, mas oportuno também em outros contextos. Entretanto, como conhecimento amazônico, clama por políticas e olhares que reconheçam as particularidades desse enorme território, nas análises e formulações de políticas.

## MÉTODOS

### POPULAÇÃO E LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS

O capítulo está embasado em uma investigação de abordagem mista, de natureza descritiva, que utilizou a análise de dados e documentos de domínio público e respostas de um questionário estruturado aplicado em uma pesquisa maior.

Os dados sociodemográficos e econômicos, bem como a frequência de doses de vacina contra a Covid-19 foram extraídos do banco de dados do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Amazônia) e são provenientes do projeto *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no estado do Amazonas”*<sup>25</sup>. O campo empírico da pesquisa envolveu amostras de serviços e usuários dos municípios selecionados intencionalmente naquela pesquisa. Os dados foram produzidos por meio de aplicação de questionário semiestruturado em entrevista com pessoas usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O questionário foi composto por sessenta questões, divididas em seis blocos temáticos, sendo: Bloco I - Perfil das pessoas entrevistadas; Bloco II - Acesso aos serviços de saúde durante a pandemia; Bloco III

<sup>25</sup> - O projeto teve o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), no Edital N. 006/2020 - PCTI-EMERGESAUDE/AM - CHAMADA II - ÁREAS PRIORITÁRIAS, coordenado pelo pesquisador Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

- Comunicação e informação sobre Covid-19; Bloco IV - Medidas de prevenção e controle da Covid-19; Bloco V - Mudanças sociais produzidas pela pandemia; e Bloco VI - Questões abertas. Neste capítulo, serão utilizadas respostas do Bloco III, que inventariam questões relacionadas à comunicação e informação sobre aspectos definidos no enfrentamento da pandemia. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores de diferentes formações, vinculados ao LAHPSA, que foram previamente treinados para essa tarefa.

O estudo foi realizado de dezembro de 2021 a maio de 2022, nas UBS/UBS Fluviais de doze municípios, distribuídos entre nove regiões de saúde do estado do Amazonas, sendo: Boca do Acre (Regional Purus) (n=31); Carauari (Regional Juruá) (n=30); Iranduba (Rio Negro/ Centro Regional) (n=21); Itacoatiara (Médio Amazonas) (n=29); Manacapuru (Rio Negro e Solimões); Manaus (Rio Negro/ Centro Regional); (n=108), Manicoré (Rio Madeira) (n=30); Parintins (Baixo Amazonas) (n=30); Presidente Figueiredo (Rio Negro/ Centro Regional) (n=16); São Gabriel da Cachoeira (Rio Negro/ Centro Regional) (n=30); Tabatinga (Alto Solimões) (n=30) e Tefé (Triângulo) (n=30). O número total de participantes do projeto nos diferentes municípios foi 385 pessoas.

Os usuários abordados foram selecionados nas próprias UBS a partir da procura espontânea aos serviços de saúde e disponibilidade de participação. Os critérios de inclusão foram: usuários da Atenção Básica (AB), na faixa etária mínima de 18 anos. E o critério de exclusão foi: população indígena aldeada, assim identificada nos serviços.



## ESCOLHA DAS UBS COMO FONTE DE DADOS E INFORMAÇÕES

A escolha das UBS foi por reconhecer que esses pontos de atenção são muito relevantes e que foram capazes de diminuir a letalidade e mortalidade pela Covid-19 nos territórios. As UBS prestam - deveriam prestar, ao menos - diferentes ações da AB, acumulando registros relevantes acerca da população assistida e dos serviços e ações ofertados. De acordo com as normas do SUS, a AB é a coordenadora das ações e relações de assistência na perspectiva de tornar os territórios mais seguros para as pessoas (Brasil, 2023). As UBS trabalham com a noção de territórios de abrangência, tendo a população adscrita, com cadastramento dos usuários residentes na área (Lisboa, 2015). Nessa perspectiva, as equipes multiprofissionais desenvolvem ações nos territórios e detêm a responsabilidade por coordenar os processos de cuidado, que envolvem trabalhadores de saúde e os próprios usuários, buscando garantir continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2023).



A AB é uma ferramenta estratégica para a saúde pública no planejamento de ações e controle de crises, como epidemias e pandemias (Almeida *et al.*, 2022). Resultados preliminares demonstram que os territórios de abrangência da AB apresentaram melhores resultados e indicadores com relação à Covid-19. Ações como educação permanente para os profissionais da saúde e usuários foram subsídios de enfrentamento à pandemia. Não se trata de novas ferramentas, mas ações que precisam ser intensificadas para superar o desacordo que houve entre organizações internacionais e o governo federal, que, sem quaisquer capacidades técnica e argumentativa, promovia um des-serviço e colocava a população em riscos de adoecimentos e mortes (Almeida *et al.*, 2022; Ferla *et al.*, 2020; Morette *et al.*, 2021).

Por outro lado, em territórios com baixa capacidade de ação da AB foram observados resultados bem deficientes com relação à Covid-19, derivados da incapacidade técnica e operacional, devido consequências desastrosas do subfinanciamento do sistema de saúde, e as investidas, em parte do governo federal, à época, para confundir às pessoas com relação aos cuidados de proteção ao novo coronavírus e sobre a eficácia da vacina (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022; Schweickardt, Lima & Ferla, 2021). A dispersão da demografia sobre os territórios, sem uma ação de monitoramento e cuidado da atenção básica, gerou registros de adoecimentos e dúvidas que se expressam nas falas das pessoas participantes desta pesquisa e que serão apresentadas e discutidas. Os registros gerados pela AB são, por sinal, uma base oportuna para formular e monitorar os indicadores de saúde da população. As informações e registros, portanto, podem fomentar pesquisas como a que está sendo proposta. Ferla e colaboradores (2012) destacam a importância do uso de indicadores como dispositivos para mobilizar redes explicativas, ampliar a capacidade de reflexão das equipes sobre o território e gerar ações adequadas e oportunas para a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida.

O projeto de pesquisa já produziu dois livros em que foram analisadas ações das UBS e das comunidades como forma de resistência e controle da gravidade sanitária, explicitando uma potência descentralizada na organização da “*atenção territorial*” tanto da Atenção Básica, como das comunidades (Schweickardt *et al.*, 2022; Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022). As produções textuais são uma ferramenta bem eficaz para mostrar a dinâmica da Covid-19 no território líquido (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022). Essas questões, apontadas nos capítulos, decorrem por situações relacionadas à Covid-19 nos territórios, que também afetaram outras dimensões da vida para além da saúde, devido ao tempo que se arrasou a pandemia antes da implantação do plano de imunização. Mas o impacto nos territórios também se acentua quando há um cruzamento com outras questões, como condições de acesso e adesão aos serviços e modelagens

tecoassistenciais. Há, por certo, uma interceccionalidade entre o conjunto de fatores que interferiram no enfrentamento à Covid-19 nos territórios, mas aqueles relacionados à comunicação com a população e o compromisso dos gestores tiveram destaque na pesquisa. Os obstáculos podem estar relacionados a condições geográficas e aspectos culturais. Em termos de serviços, ausência de ações coordenadas; recursos humanos e técnicos em quantidade insuficiente para atuação nos territórios; e políticas e linhas de cuidado que atendam a especificidade do território com garantia de entendimento e respeito à relação indissociável entre pessoas, saúde e meio ambiente, e sua ancestralidade (Dolzane & Schweickardt, 2020; Santos *et al.*, 2023).

## ANÁLISE DESCRITIVA

Para exploração dos dados de interesse, os mesmos foram agregados por municípios e regiões de saúde combinando as informações sociodemográficas e econômicas para alcançar o objetivo da pesquisa. Os dados foram organizados e codificados. Utilizou-se o apoio do software *Stata 14*<sup>®</sup> para realização de análises estatísticas. Neste trabalho, foram avaliados padrões de associação entre variáveis sociodemográficas e recebimento da vacina contra a Covid-19. Para todas as variáveis foram elaborados gráficos e tabelas, com base na distribuição estatística, para tornar visíveis os conteúdos registrados nas respostas. A construção analítica também considerou as respostas abertas, sendo que estratos dos registros das falas dos participantes também foram utilizados para colocar em tensão as tendências e linhas de força identificadas nos números.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sendo registrado sob o CAAE nº 51941321.4.0000.5020 e parecer nº 5.137.547, em 30 de novembro de 2021.

## RESULTADOS

Foram analisados dados de 385 pessoas, cujas idades variaram entre 18 e 98 anos. A faixa etária com maior representação foi a de 18 a 29 anos e a de 30 a 39 anos, com 83 pessoas (21,56%) pessoas em ambas. A amostra foi composta por mulheres (67,01%) que se declararam predominantemente da religião católica (47,53%), seguidos pela religião evangélica (43,12%).

Com relação ao quesito raça/cor, a maior parte das pessoas participantes se declarou parda (78,44%). E com relação ao quesito escolaridade, a maior

parte das pessoas entrevistadas possui o ensino médio (48,83%). Os resultados detalhados estão disponíveis na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição de dados sociodemográficos e econômicos. Amazonas, 2022.

SEXO	
MASCULINO	127 (32,99%)
FEMININO	258 (67,01%)
RAÇA/ COR DA PELE	
BRANCA	39 (10,13%)
PARDA	302 (78,44%)
PRETA	13 (3,38%)
INDÍGENA	28 (7,27%)
AMARELA	3 (0,78%)
ESCOLARIDADE	
SEM ESCOLARIDADE	15 (3,90%)
FUNDAMENTAL	104 (27,01%)
MÉDIO	188 (48,83%)
SUPERIOR	78 (20,26%)
RELIGIÃO	
CATÓLICA	183 (47,53%)
EVANGÉLICA	166 (43,12%)
NÃO TEM	27 (7,01%)
OUTRA <sup>f</sup>	9 (2,34%)

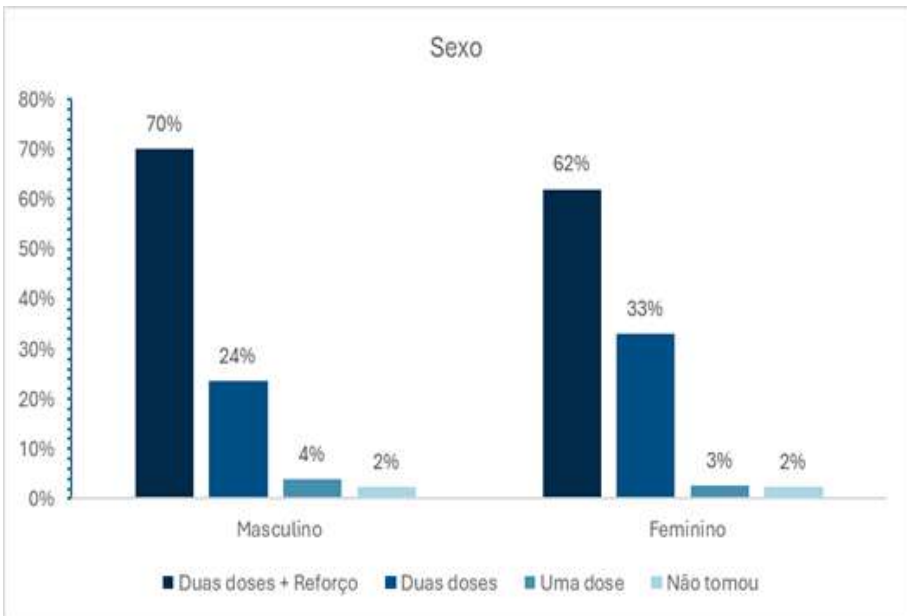
<sup>f</sup>Espírita ou de matriz africana.

De acordo com os relatos dos entrevistados, o município de Itacoatiara destaca-se com uma proporção significativamente mais alta de esquema vacinal completo, atingindo 94%. Em contrapartida, na capital, Manaus, apenas 52% dos entrevistados afirmaram ter recebido tanto as duas doses da vacina quanto o reforço. Em uma situação ainda mais preocupante, em Carauari, apenas 47% haviam completado o esquema vacinal com as duas doses mais o reforço e 7% havia recebido apenas uma dose. Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Frequência de doses recebidas segundo município. Amazonas, 2022.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao sexo, observou-se que os homens apresentaram uma proporção mais elevada de conclusão do esquema vacinal completo, conforme demonstrado no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Frequência de doses recebidas segundo sexo. Amazonas, 2022.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto às mulheres que não completaram o esquema, os motivos incluíram medo (n=6; 1,56%), assim como a decisão de não receber a vacina (n=6; 1,56%). Uma entrevistada, por exemplo, disse que:

(...) Aconteceram mortes, eu fiquei meio desconfiada, amedrontada. Minha mãe foi, tomou e aí eu vim e tomei a minha primeira. Acho que é mais por esse fato.

Para outra, o medo estava relacionado à gestação:

Porque eu estava grávida, fiquei com medo de tomar e fazer mal pro meu bebê, sabe uma preocupação assim se você toma, faz mal, se não toma, se arrepende porque não tomou (...).

Já em relação ao fato de não querer tomar a vacina, uma entrevistada apresentou-se bem sucinta, segundo ela:

Foi opção minha, não queria tomar a vacina.

Outra participante demonstrou desconfiança quanto a validade da vacina devido ao rápido desenvolvimento do produto:

Eu pensei depois eu vi que foi muito rápido, eu vi na televisão, eu achei que foi bem rápido o desenvolvimento da vacina, aí não confiei muito.

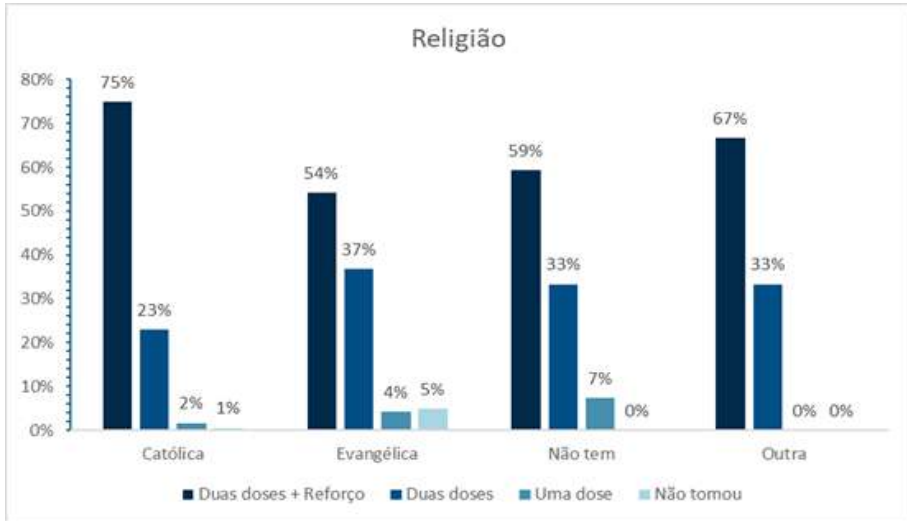
Quando questionados sobre as razões para não receberem as vacinas, uma parcela significativamente maior de homens (18,90%, em comparação com 14,34% das mulheres) optou por não fornecer explicações para sua decisão. Entre os homens que não completaram o esquema vacinal, as justificativas se relacionam ao trabalho (n=1; 0,26%) ou à falta de tempo (n=1; 0,26%), como, por exemplo, relataram estes participantes:

A primeira e a segunda eu recebi. A terceira já está no prazo, por conta do trabalho não tive oportunidade de receber. Mas vou procurar a unidade para tomar a terceira dose. Não tive tempo também. Não tomei a terceira dose, só a segunda dose até agora.

No que diz respeito aos aspectos religiosos e à comparação entre as religiões praticadas, observou-se que os adeptos da religião católica e das religiões espíritas ou de matriz africana apresentaram uma proporção mais elevada de esquema vacinal completo, alcançando 75% e 67%, respectivamente. Por outro lado, os declarantes da fé evangélica registraram uma proporção mais elevada entre aqueles que não receberam a vacina, totalizando 5% (Gráfico

3). Aqui, mais do que uma validação estatística (que, aliás, não houve), se pretende chamar a atenção para uma tendência que está também nas notícias e sensações captadas nos territórios.

**Gráfico 3.** Frequência de doses recebidas segundo religião. Amazonas, 2022.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Outra religião:** Espírita ou de matriz africana.

Em algumas situações, o esquema vacinal também foi incompleto, por motivos religiosos, como sugerem as duas entrevistadas:

Entrevistada: É que eu não quero mesmo, assim, por causa da nossa religião.

Entrevistador: Qual a religião da senhora?

Entrevistado: Evangélica. Aí só por causa disso mesmo (...).

Entrevistador: Mas na igreja eles falam para não tomar?

Entrevistado: É, alguns falam, não são todos não, alguns falam que não é para tomar.

O discurso de algumas entidades religiosas teve efeito nos territórios, mas as redes de informação bem embasada também foram sendo eficazes em

desfazer as informações falsas. Uma das participantes, que recebeu duas doses da vacina e pretende tomar a terceira, ilustrou bem a mobilização de argumentos que embasaram a revisão de decisões sobre a vacina:

(...) todos aceitaram, só meu irmão que não queria, mas depois ele viu que tinha que tomar. Porque o pessoal fala, tem muito esse negócio, é muito bafafá, um fala uma coisa, outro fala outra, outro diz que não é Deus, é aquela coisa, aí ele foi o único (...)

No caso de uma doença causada por um patógeno de alta transmissibilidade, como é a Covid-19, a melhor estratégia de prevenção é com a vacina. A fala supracitada nos remete ao risco existente de frequentar e ocupar espaços comuns a outras pessoas.

As justificativas também têm relação com o participante considerar que a vacina não funciona e/ou não tem necessidade de receber o imunizante (n=5; 1,30%), conforme a posição enfática deste participante:

Tomei apenas as duas e me recuso a tomar a terceira, pois a meu ver, a vacina não funciona.

Outro entrevistado responde que não vê necessidade em receber a dose de reforço e relaciona essa condição à questão de trabalho (n=2; 0,52%):

Porque eu não achei que era necessidade pra tomar a terceira dose nem a quarta, entendeu? Não é muito obrigação, porque no emprego eles aceitam as duas doses, está errado da minha parte, está errado, mas fazer o que, é Brasil.

De maneira geral entre os participantes, a falta de informação também foi observada como justificativa da não vacinação ou do esquema vacinal incompleto. Alguns participantes responderam:

Porque não fui informada ainda para tomar a dose de reforço.

Entrevistador: [...] a senhora comentou que recebeu duas doses de vacina, a senhora não recebeu a terceira, porquê?

Entrevistada: Não, porque eu estava gripada, um dia desse eu fui, perguntei das meninas aí se tinha pra gripe e elas disseram que ainda não tinha chegado, eu quero tomar.

Entrevistador: E elas orientaram quando a senhora pode tomar?

Entrevistada: Não, não, elas não me orientaram.

Outras causas (n=32; 8,31%) que justificam a não vacinação ou o esquema incompleto da vacinação também foram apontadas, como algumas que seguem:

Tomei duas doses, ainda não tomei a terceira dose por ter contraído Chikungunya.

Tomei as duas doses, a terceira ainda não está no período.

Porque não tive disposição para ir ao posto, me dava preguiça de vim [...].

## DISCUSSÃO

No período do estudo, o esquema vacinal disponibilizado majoritariamente no sistema de saúde no Brasil era de três doses, exceto em alguns casos em que o esquema completo compreendia apenas duas doses da vacina. Assim, as respostas foram consideradas no contexto em que foram coletadas, de tal forma que fossem identificadas as condições de esquema completo, esquema incompleto por falta de vacinas ou esquema incompleto por desinformação e negativa do usuário.

A recomendação, durante as campanhas de vacinação contra a Covid-19, era que as pessoas que tinham iniciado o esquema vacinal deveriam completar o esquema primário com a vacina do mesmo fabricante. A exceção poderia acontecer quando o imunizante da marca do esquema primário não estivesse disponível no país. A segunda dose deveria ser administrada no intervalo conforme especificação do fabricante (MS, 2023).

Convencionou-se que para as doses de reforço, preferencialmente, deveriam ser administradas doses do imunizante da plataforma Pfizer-BioNTech e apenas na ausência desse fabricante no país ou contraindicações específicas devia-se utilizar a vacina disponível no momento, seguindo as orientações do fabricante e de cada faixa etária (MS, 2023).

## ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Apesar da expressiva participação de homens, as mulheres representaram a maior população neste estudo, corroborando análises preliminares que apontam as mulheres como o público com mais frequência nos serviços de saúde (Cobo, Cruz & Dick, 2021).

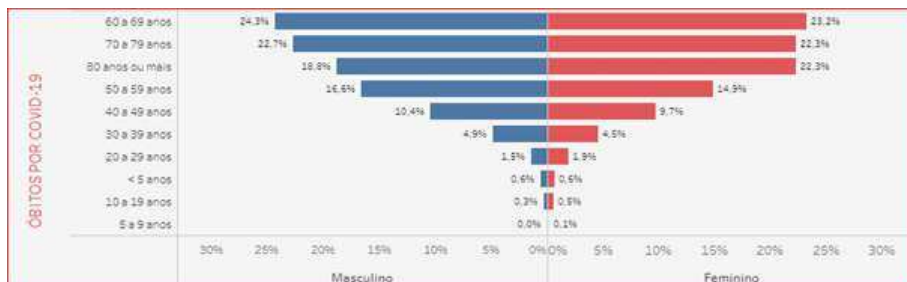


Em 2009, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de fortalecer a assistência ao homem nos serviços de saúde (Brasil, 2008; Leal, Figueiredo & Nogueira-Da-Silva, 2012). A motivação para a criação foi a análise sobre o quadro epidemiológico de homens no Brasil. Apesar do tardio avanço, ainda são altos os registros de atendimentos à população masculina nos serviços especializados de atenção secundária e terciária, em comparação ao acesso à Atenção Básica (Alves, 2016; Brasil, 2008).

São observadas como justificativas para a baixa procura, com relação aos próprios homens: medo de identificar alguma doença durante a consulta e exames; vergonha de exposição do corpo ao profissional de saúde; e, não pertencimento, devido a maior quantidade e centralidade de ações de cuidado para mulheres e crianças nos serviços de saúde. Com relação aos profissionais de saúde: priorização de procedimentos relacionados ao aparelho genital; oferta de serviços estruturada para grupos específicos; e baixa capacitação de profissionais de saúde para ampliar o olhar sobre a saúde do homem. E com relação ao sistema de saúde: horário de atendimento e sistema de agendamento incompatíveis à necessidade da população (restrição de horário devido ao trabalho); e baixo quantitativo de especialistas (Alves, 2016; Faust, Warmling, Lindner & Coelho, 2018; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) declarou que os homens vivem, aproximadamente, sete anos a menos que as mulheres. Um estudo realizado pelo Centro de Referência em Saúde do Homem de São Paulo, mostrou que 70% das pessoas do sexo masculino que procuram um consultório médico tiveram a influência da mulher ou de filhos. O mesmo estudo mostrou que a metade do grupo observado adiou a consulta e foram diagnosticados com doenças em estágio avançado (MS, 2022).

**Figura 01:** Distribuição acumulada de óbitos por Covid-19 no estado do Amazonas, até fevereiro de 2024, por sexo e faixa etária.



**Fonte:** FVS AM, Painel de monitoramento COVID-19 ([https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao\\_view/60/2](https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2)).

Durante a pandemia, até agosto de 2020, no Brasil, 56,6% dos casos confirmados e 58,2% dos casos de óbitos eram de pessoas do sexo masculino (Sousa *et al.*, 2021). No Amazonas, até 30 de agosto de 2020, foram notificados 293.164 casos, 120.296 confirmados, 3.649 óbitos e letalidade equivalente a 3,03% (FVS, 2020a). Até fevereiro de 2024 foram confirmados 638.903 casos no Amazonas, sendo 319.308 em Manaus e 319.595 no interior. Com relação aos óbitos, foram registrados 14.484, sendo 9.947 em Manaus e 4.537 no interior (FVS, 2024). Conforme demonstra a Figura 1, em praticamente todas as faixas etárias há predomínio de óbitos em pessoas do sexo masculino. Esse dado de mortalidade parece ter relação com os dados do estudo que identificaram um volume de respostas nulas para o motivo para não tomar a vacina, 18,9% dos homens não responderam (mulheres: 14,34%). A variável sexo parece ter algum grau de influência, considerando que também há evidências na literatura de menor adesão masculina aos protocolos e contato com serviços de saúde.

É necessário, portanto, que os cuidados e as estratégias de captação e adesão da população sejam ampliados, também, na perspectiva de orientação sexual e identidade de gênero, eliminando a baixa adesão e o impacto dela na saúde das pessoas. Estratégias de comunicação e abordagem populacional que considerem sexo, identidade sexual e identidade de gênero são indicadas para alcançar uma acessibilidade plena.



## SOBRECARGA NO TRABALHO E DIFICULDADE DE TEMPO

A Covid-19 no Brasil cursa num período de negligência e banalização da ciência. O trecho a seguir é do representante de Estado, à época, e mostra a intenção de tornar o governo federal inerte ao enfrentamento à pandemia de Covid-19:

14 de maio de 2020. Pronunciamento do sr. Bolsonaro em sua “live” semanal: *“O vírus vai atingir no mínimo 70% da população. Isso é fato. Isso ninguém discute. Agora, essa maneira radical de proporcionar lockdown, fecha tudo, não dá certo. E não dá certo em nenhum lugar do mundo. A Suécia, o país que não fez lockdown, é o país que está bem com a sua economia”* (p.8)<sup>26</sup>.

Em 20 de março de 2020, contra as medidas de isolamento para conter a Covid-19, a Secretaria de Comunicação da Presidência da República lançou a campanha *“O Brasil não pode parar”*<sup>27</sup>. A campanha tinha como base argumen-

<sup>26</sup> - Disponível em: <<https://cnts.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Peti%C3%A7%C3%A3o-inicial-Amici-Curiae-ADI-6970-vf.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

<sup>27</sup> - Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento/>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

tal a informação irreal de que não havia vítimas fatais entre jovens e adultos, e encorajava apoiadores a descumprirem as medidas de isolamento social adotadas por alguns governos municipal e estadual. O “*encorajamento*” de retorno ao trabalho demonstrou não haver interesse em negociar o auxílio emergencial adequado para a população no sentido de apoiar o lockdown nacional. Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que significa o nível mais alto de alerta da Organização, em 30 de janeiro de 2020, o isolamento espacial foi considerado estratégico para conter a transmissão do novo coronavírus, prática de cuidado que foi reforçada quando a mesma instituição declarou a crise como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (Guedes *et al.*, 2022).

A adaptação do trabalho às condições remotas não foi uma realidade possível para todas as pessoas, devido à natureza de algumas atividades que exige a atuação presencial dos trabalhadores. Nesse sentido, a exposição ao risco de infecção pelo novo coronavírus estava em todos os meios que geravam aglomeração, como nos transportes públicos/coletivos e nos próprios postos de trabalho, agravada, em parte, pelo incentivo de retornar às atividades presenciais quando não havia vacinação específica contra a Covid-19. Em abril de 2020, pouco tempo após o pronunciamento supracitado, no Brasil havia 20.727 casos confirmados e 1.124 óbitos confirmados (MS, 2020). Na mesma época, o Amazonas confirmava 5.254 casos e 425 óbitos (FVS, 2020b). Sem um bloqueio controlado, qualquer espaço de aglomeração de pessoas tornava-se um espaço de contágio, sobretudo na época em que não havia imunização específica, devido aos atrasos na negociação e compra das vacinas (Brasil, 2021; Santos & Ferla, 2022).

Mas a fala das pessoas participantes na pesquisa também mostraram que o trabalho reforça as iniquidades de gênero, raça e classe social, colocando-nos diante das relações de poder exercido por alguém que ocupa suposta posição de dominação, como evoca Foucault (1979). Esse sentido nos conecta à necropolítica imposta como poder político compatível com governos autoritários, que decidem quem pode viver e quem deve morrer, bem característico do governo bolsonarista (Castro, 2021; Fernandes, 2021; Leite, 2020). Assim, o trabalho, à luz das condições de poder, como sugere Foucault (1979), produz a vulnerabilidade de pessoas, assentado no mercado desigual de trabalho e com fortes expressões de despreocupação com o adoecimento das pessoas.



## DIFICULDADE DE ACESSO A FONTES CONFIÁVEIS DE INFORMAÇÃO

Pouco tempo após a identificação dos primeiros casos, a Covid-19 tornou-se um quadro de emergência global. Sendo registrada em muitos luga-

res em curto espaço de tempo, a pandemia desafiou os sistemas de saúde a acompanhar os casos, mantendo a segurança das pessoas em cada território (Almeida *et al.*, 2022).

O cuidado em saúde também se faz com estratégias de comunicação e educação em saúde. Manter os espaços seguros também envolve expandir o conhecimento às pessoas para que sejam instruídas quanto ao agravo e quanto às medidas de proteção individuais e coletivas. A fala de algumas pessoas neste estudo destaca uma (suposta) deficiência das unidades de saúde em superar alguns percalços enfrentados na mobilização de educação e comunicação em saúde. Essa deficiência inclui questões anteriores à pandemia, como a quantidade insuficiente de profissionais da saúde e precarização do trabalho para atender a demanda diretamente relacionada à Covid-19, mas, também, a que já estava em andamento nas unidades, como o controle de doenças crônicas (Almeida *et al.*, 2022).

No território amazônico, manter a comunidade informada não foi um exercício dos mais fáceis, apesar das estratégias realizadas entre as UBS e as comunidades, como as próprias ações voltadas à educação e comunicação em saúde concentradas nas tecnologias leves. As ações incluíram desde elaboração e distribuição de panfletos com diversas orientações à implantação de barreiras geográficas. Durante a Covid-19, a orientação foi manter o distanciamento espacial, mas a reorganização dos processos de trabalho em saúde no contexto da pandemia incluía a continuidade das ações de cuidado, como monitoramento presencial, com a devida segurança, e remoto, por meio ligações e mensagens oficiais via rede social (Almeida *et al.*, 2022). Essa última alternativa poderia antecipar o tempo de chegada das informações incoerentes e sem embasamento científico, visto que o deslocamento no território amazônico é dependente das condições geográficas e, também, da disponibilidade de recursos compatíveis às circunstâncias locais. Apesar de estratégica, a iniciativa nem sempre foi possível, pois a tecnologia e a internet, que embasam o uso das redes sociais, nem sempre foram acessíveis à população. Além disso, muitas comunidades são distantes de regiões onde concentram os serviços de saúde, colocando as pessoas, em alguns casos, em condições vulneráveis de doutrinação, como foi observado nesta pesquisa (Santos *et al.*, 2023).

A partir da fala das pessoas entrevistadas, é possível perceber uma discrepância entre as informações oficiais, que orientavam à segurança, e outras informações que chegavam às pessoas em diferentes municípios, que as dispersavam de práticas seguras de proteção contra a Covid-19. Esse era um dos efeitos das notícias inverídicas que circulavam e as consequências envolviam adoecimentos e mortes. Desta forma, o papel das UBS era também de superar as fake news, que eram, em parte, elaboradas e disseminadas pelo governo federal e seus respectivos apoiadores (Brasil, 2021; Calil, 2021; Morette *et al.*, 2021).

As fake news foram responsáveis por confundir as pessoas quanto às informações da OMS e pela fragilidade na adesão da população ao esquema vacinal, como é apontado na fala do representante de Estado à época:

17 de dezembro de 2020. Declaração sobre a vacina: Eu não vou tomar. Alguns falam que eu tô dando péssimo exemplo. Ô imbecil, o idiota que tá dizendo que eu tô dando péssimo exemplo, eu já tive o vírus, eu já tenho anticorpos. Pra que tomar a vacina de novo? E outra coisa que tem que ficar bem clara aqui, dra. Raíza, lá na Pfizer, tá bem claro lá no contrato '*nós não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral*'. Se você virar um chip..., um jacaré é problema de você pô. Não vou falar outro bicho que vão pensar que tô falando besteira aqui. Se você virar super-homem, se nascer barba em alguma mulher aê ou algum homem começar a falar fino, eles não têm nada a ver com isso. E o que é pior, mexer no sistema imunológico das pessoas<sup>28</sup>.

Outras falas públicas traziam mais atrocidades ao dizer que as vacinas produzidas contra a Covid-19 transmitiam HIV e/ou possuíam chip líquido e inteligência artificial para controle populacional, por exemplo (UFSM, 2021).

Um modelo matemático projetou que, se tivesse ocorrido a implantação da vacinação contra a doença antecipadamente, poderia ter evitado aproximadamente 127 mil mortes. Houve, porém, atraso na negociação na compra dos imunizantes específicos (Brasil, 2021). Paralelamente, o governo federal também incentivava o uso de medicamentos não comprovados cientificamente contra a Covid-19, como cloroquina e ivermectina (Morette *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a estratégia da educação e comunicação em saúde permanece sendo válida para cuidados em saúde, protegendo a população, no caso da Covid-19, do vírus letal e da conjuntura fascista, que também potencializava o risco de adoecimento e morte das pessoas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que a política fascista implantada no Brasil (2019-2022) gerou dívidas na saúde política, que tivemos que pagar com vidas (Paddilla, 2021). A omissão e a indução equivocada dos governos, denunciada no cenário internacional, se torna mais visível a medida em que nos afastamos do ápice da pandemia e que se realizam estudos comparando as ações gover-

28 - Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

namentais e o resultado em termos de adoecimentos e mortes. A Amazônia, atingida duplamente pela fluxos fascistas da política implementada no país durante a pandemia, foi asfixiada, ao mesmo tempo, pelo avanço da contaminação viral e adoecimento, mas também pela expansão da ocupação predatória do território, vitimando particularmente os povos indígenas e ribeirinhos, e o ambiente natural. Ao fim e ao cabo, ambos os fatores estão fortemente associados à produção da saúde.

É possível perceber, a partir da análise da fala das pessoas entrevistadas e em materiais publicados, que o negacionismo é uma “semente adulterada”, que germina banalização do sofrimento e da morte pelo coronavírus e outras doenças, mesmo quando anunciadas pelas autoridades sanitárias com antecedência que permita planejar ações sustentáveis de enfrentamento. Quando ainda não havia vacina específica contra a Covid-19 e no período em que os imunizantes foram adquiridos, as ações de controle da doença foram fragilizadas pela produção e transmissão aceleradas de notícias falsas, que desencorajavam a adesão das pessoas ao plano de imunização. Além das movimentações antivacina em muitos locais do país, surgiram inúmeros apoios ao governo federal, à época, que, sem competência técnica e articulação, orientava que a população aderisse ao tratamento medicamentoso não comprovado contra a Covid-19. Dessa forma, aumentava, portanto, o risco de adoecimento e morte das pessoas, tanto pelo novo coronavírus, devido à ausência de imunidade específica, tanto pelas causas relacionadas ao uso de medicamentos, como cloroquina e ivermectina.

Neste estudo, consideramos que a base territorial gera informações muito relevantes para compreender os efeitos da pandemia na vida das pessoas e no próprio território, como os impactos no trabalho e nas políticas sociais de apoio à produção da saúde. No Brasil, tivemos que enfrentar a pandemia da Covid-19, que crescia fazendo inúmeras vítimas muito rapidamente, mas também a epidemia das fake news, que, somadas à letalidade viral, contribuía para que a crise permanecesse e o país se tornasse um dos maiores em termos de incidência e mortalidade por Covid-19.

Ficou bem evidente que houve ações ativas do governo federal e de diversos governos locais, durante o curso da pandemia, para negar e não seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseadas em dados e estudos científicos. Se tivesse havido interesse, este era exatamente o contrário: permitir a morte das pessoas, sobretudo de algumas pessoas.

Por outro lado, o território líquido da Amazônia, como categoria de análise, chama a atenção para a necessidade de olhares singulares das políticas públicas, em especial, pelo tema da análise, de saúde e assistência. A comunicação precisa e honesta, no território amazônico, clama pela diversidade

linguística, pelas diferentes formas de transmissão, pelo diálogo com saberes ancestrais, pelas expressões de uma interculturalidade que associa a fala à sensibilidade de escuta, pelas distâncias. Chama atenção também, em tempos de fetichização da tecnologia informacional, que um fluxo de comunicação é bidirecional, tipo fala/escuta, e, portanto, deve gerar aprendizagens recíprocas e não apenas transmissão. A comunicação é um dispositivo que incide fortemente no plano das relações, das tecnologias leves, na dimensão micropolítica dos processos de trabalho.

De toda forma, a pesquisa demonstrou uma dimensão micropolítica dos efeitos dos discursos governamentais e da apropriação religiosa do discurso sobre a saúde, apontando também a relevância da disputa local, nos territórios, da construção de imaginários sobre as formas de adoecer e produzir saúde. Na pandemia, as maiores fragilidades do discurso científico foi quando não se tornou prática a política dos trabalhadores da atenção e da gestão, deixando o território à margem de discursos negacionistas e fascistas, no sentido de fragilizar e deixar morrer pessoas e grupos sociais, o que atinge com maior dimensão as populações vulnerabilizadas. Nesse sentido, a análise dos efeitos da pandemia recupera algumas formulações que se tornaram visíveis na história do SUS e de suas Conferências de Saúde: não há saúde sem democracia e não há democracia sem saúde.



## REFERÊNCIAS

- Almeida, D. A. R., Romero, G., Ramos, J. L. S., Melo, R. M. B., Cardoso, V. R., Lemos, S. M. O enfrentamento da pandemia de COVID-19 em uma unidade básica de saúde no interior do Amazonas. In: (2022). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9.
- Alves, F. P. (2016). **Saúde do homem: ações integradas na atenção básica**. - Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). **Acolhimento à demanda espontânea**. - 1.ed.; 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2008). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Minis-

tério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf).

Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021). (2021). **Relatório Final - CIPANDEMIA - CPI da Pandemia**. Recuperado de <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>.

Calil, G. G. (2021). A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, 30-47. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?lang=pt#>.

Castro, R. (2021). Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, 27(59), 71-90.

Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(9), 4021-4032.

Dolzane, R. S. & Schweickardt, J. C. (2020). Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(3), e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288.

Engstrom, E. *et al.* (2020). Observatório COVID-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/41404/2/RecomendacoesAPSEenfrentamentoCovid-19.pdf>.

Faust, S. B., Warmling, D., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2018). **Acesso e acolhimento na atenção à saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Ferla A. A. *et al.* (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, 6(Supl. 2), 1-6.

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], 5(2), p. 81-94. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022.



- Ferla, A. A., Ceccim, R. B., & Alba, R. D. (2012). Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde**, 6(2). <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i2.477>
- Fernandes, F. S. Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-10. In: Martins, A. B. *et al.* (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva - Produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021.
- Foucault, M. (1979). **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2020a). **Dados Epidemiológicos**. Boletim Diário Covid-19 no Amazonas 31/8/2020. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/31\\_08\\_20\\_BOLETIM\\_DIARIO\\_DE\\_CASOS\\_COVID-19.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/31_08_20_BOLETIM_DIARIO_DE_CASOS_COVID-19.pdf)
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2020b). **Dados Epidemiológicos. Resumo dos Casos Confirmados de Covid-19 no Amazonas 30/4/2020**. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/BOLETIM\\_DI%C3%81RIO\\_DE\\_CASOS\\_COVID-19\\_30-04-2020.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/BOLETIM_DI%C3%81RIO_DE_CASOS_COVID-19_30-04-2020.pdf)
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2024). **Dados Epidemiológicos. Boletim Semanal de Monitoramento COVID-19 no Estado do Amazonas**. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Painel\\_covid\\_SE01.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Painel_covid_SE01.pdf)
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, 23(3), 565-574.
- Guedes, T. R. O. N. *et al.* Situação de saúde e ações de enfrentamento à COVID-19 na Manaus dos trópicos. Schweickardt, J. C. (org.) *et al.* (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0.
- Leal, A. F., Figueiredo, W. S., & Nogueira-Da-Silva, G. S. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, 2607-2616.

- Leite, M. P. (2020). Biopolítica da precariedade em tempos de pandemia. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. 1-16. Recuperado de <https://www.reflexpandemia.org/texto-23>.
- Lisboa, L. A. S. (2015). As características estruturais e organizacionais das UBS influenciam as taxas de internações de crianças por condições sensíveis à atenção primária? (2015). 87f. **Dissertação (Mestrado)**. Mestrado do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Maranhão (UFMA).
- Ministério da Saúde (MS). (2022). **O estigma social que envolve a saúde masculina**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>.
- Ministério da Saúde (MS). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. (2020). **Boletim Epidemiológico Diário (Brasília, 11 de abril de 2020)**. Semana epidemiológica 15. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/apresenta-o-coletiva-11-04-2020-17h.pdf/view>.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. (2023). **Nota Técnica N° 53/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-53-2023-cgici-dpni-svsa-ms/view>.
- Morette, P. *et al.* (2021). Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia. In: Martins, A. B. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. - São Leopoldo: Oikos.
- Padilla, M. (2021). **Conferência temática: Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência**. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=\\_MYaA98ULOE&t=1509s](https://www.youtube.com/watch?v=_MYaA98ULOE&t=1509s)
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. Interface: **Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, 2(supl. 22), p. 1.525-1.534.

Santos, W. P., & Ferla, A. A. Estágio docente em Biologia durante a pandemia de COVID-19: novas relações de trabalho impostas pelo vírus da desigualdade e a aprendizagem em ato. In: Ferla, A. A., & Funghetto, S. S. (org.). **Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças**. - 2. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022a.

Santos, W. P., Moraes, I. S., Gama, M. E. L., Rodrigues, M. P. S. S., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. Integração entre práticas populares e serviços de saúde: relato de experiência do encontro com as parteiras tradicionais em Maués, Amazonas. In: Schweickardt, J. C. & Kadri, M. R. (org.). **Um laboratório produzindo inovações em saúde nas Amazônias: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 27). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-074-1.

Schweickardt, J. C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. (2022). 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0.

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Guedes, T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. (org.). (2022). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Ferla, A. A. (orgs.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. 248 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.16). ISBN: 978-65-87180-91-5. DOI: 10.18310/9786587180915.

Sousa, A. R. *et al.* (2021). Saúde de homens na pandemia da COVID-19: panorama brasileiro. **Rev baiana enferm**, 35, e38683.

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). (2021). Agência da Hora - Agência Experimental de Notícias. **Top 5 Fake News mais absurdas sobre a vacina**. Recuperado de <https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/11/11/top-5-fake-news-mais-absurdas-sobre-a-vacina>.