

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO E CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Túlio Batista Franco
ORGANIZADOR





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Túlio Batista Franco
ORGANIZADOR

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO E CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

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 MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorigo – 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 Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César 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;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – 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;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staeve 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 Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Lucia Pouchain

Ilustração Capa

Rafael da Silva Matos

Título da obra: Vacina

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F825e Franco, Túlio Batista (org.).

Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19 / Organizador:
Túlio Batista Franco. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

246 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.13).

E-book: 2.15 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-52-5

DOI: 10.18310/9788554329525

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. COVID-19. 3. Estratégias de Saúde. I. Título.
II. Assunto. III. Organizador.

22-30180103

CDD 610.6:303.485

CDU 616-036.21

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).

2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
----------------	---

PANDEMIA DE COVID-19: O QUE SERÁ QUE VIRÁ?	11
--	----

Túlio Batista Franco

A PANDEMIA DE COVID-19 COMO DISPOSITIVO DE ANÁLISE DO MUNDO CONTEMPORÂNEO: NA PERSPECTIVA DA DEFESA DA VIDA.....	34
--	----

Túlio Batista Franco

A PESQUISA-AÇÃO EMANCIPATÓRIA E A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE NITERÓI-RJ.....	54
---	----

Daniely Quintão Fagundes

EXPERIÊNCIAS SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19.....	70
--	----

Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira, Mayara Cristina Villela Santos, Daniely Quintão Fagundes

PANDEMIA POR COVID-19: NOVAS AFECÇÕES NA RELAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM A COMUNIDADE	92
--	----

Mayara Cristina Villela Santos, Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira

(ABRIGO?) ERNANI GOMES DUARTE: OS ENCONTROS SINGULARES COM OS VIVENTES DA RUA EM MEIO A COVID19.....	109
--	-----

Pedro Victorino Carvalho de Souza, Rebeca Azevedo Machado Pinto

UMA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19: O PROJETO SAÚDE MENTAL E BEM-VIVER INDÍGENA - VITUKOTI XÊTI ARINÊTI - CONVERSA SOBRE DOENÇA	131
---	-----

Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, Nádia Duarte Marini, Fernanda dos Santos Mendes, Álvaro Pinto Palha Junior

EL BIOPOER COMO ESTRATEGIA COLONIAL: A PROPÓSITO DEL BROTE DE COVID-19 EN POBLACIÓN EMBERA CHAMÍ, RISARALDA, COLOMBIA.....	153
--	-----

Federico Villegas Cardona

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO NO DISTANCIAMENTO SOCIAL	165
---	-----

Fernanda Pereira de Paula Freitas, Mirani Cristina de Barros, Delba Machado Barros, Isabela Tavares Amaral, Helvo Slomp Junior, Suzana Almeida Pinheiro da Silva, Milena da Paixão Gonçalves Viana, Patrícia Figueiredo Machado Leotério

O CUIDADO À SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.....	200
---	-----

Túlio Batista Franco

RETOMADA DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS E OS PROTOCOLOS DE BIOSSEGURANÇA DA COVID-19 - UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA	219
--	-----

Mirian Ribeiro Conceição, Camilla Maia Franco, Rodrigo Alves Torres de Oliveria

EU VOU DIZER POR QUE O MUNDO É ASSIM: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19	229
--	-----

Daniely Quintão Fagundes

AUTORAS E AUTORES	240
-------------------------	-----

PREFÁCIO

Este livro foi escrito a quente, no calor dos acontecimentos do período agudo da pandemia de Covid-19 entre 2020 e 2021. Teve uma inspiração inicial com a pesquisa de um grupo de estudantes de graduação e pós-graduação, reunidas/os no Observatório de Redes de Cuidado sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Sob nossa supervisão elas e eles conduziram uma pesquisa sobre o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) em Niterói-RJ durante a crise sanitária provocada pelo novo coronavírus. Este estudo consistiu em oficinas semanais, virtuais, com um grupo de ACS's e lideranças comunitárias, na qual se abriu à escuta de narrativas sobre o trabalho e o modo de cuidar. Vieram à cena as angústias medos, o compromisso de cuidar, a ameaça da nova doença, enfim, o mundo deu uma virada na rotina diária e era necessário associar o cuidado do outro e de si ao mesmo tempo.

Foram 4 meses de encontros sistemáticos e o que se viu foi um mundo singular de diferentes experiências, que envolve o trabalho e cuidado no território. Diante da agressividade do vírus, era necessário delicadeza no ato de cuidar, e especialmente, contar com a potência da comunidade, sua solidariedade e generosidade intrínsecas ao modo de vida comunitário. Ao mesmo tempo os cuidados com as pessoas que já frequentavam a rede de saúde, como por exemplo, aquelas em condições crônicas, gestantes, crianças em desenvolvimento, e todos os grupos que necessitam de cuidados sistemáticos, precisavam continuar sendo assistidas. Os ACS's e usuários da rede de saúde, se viram diante da necessidade de inventar, e foi aí que mostraram uma grande capacidade criativa. Novas soluções, métodos, e recursos foram mobilizados para este cuidado, produto de iniciativas próprias no cotidiano do trabalho.

O mundo do trabalho e dos sujeitos em ação, tendo por referência o seu território de vida, se mostrou extremamente rico, e potente para a difícil tarefa de cuidar, nas condições criadas na pandemia. Mas o que fica evidente é que os esforços e a criação de soluções foram eficazes, e resultaram também em um enorme aprendizado sobre modos de cuidado em condições adversas, que fica como legado para a rede de saúde.

As primeiras discussões propostas no livro no capítulo 1, são para contextualizar a pandemia diante das experiências de cuidado, e tratam especificamente da história de aparecimento do novo coronavírus e da doença de Covid-19; e o mundo de incertezas ao qual as pessoas são lançadas a partir deste ponto. O segundo capítulo vai tratar a pandemia como um dispositivo analítico sobre a realidade do mundo e as sociedades atuais. Suas contradições ficam mais evidentes, na medida que a pandemia lança luz sobre as mazelas da vida. A começar por revelar a tragédia provocada pelo projeto neoliberal que insiste com a destruição sistemática da natureza, vista como recurso inesgotável de insumos que são barbaramente explorados através da violência das práticas extrativistas. Os neoliberais e negacionistas tratam com desdém a crise climática, e suas políticas e práticas econômicas expõem as pessoas a todas as consequências da destruição da natureza, como por exemplo, o aparecimento do novo coronavírus atual. E, a possibilidade de exposição a novos vírus que estão presentes na natureza. A pandemia exacerba o constrangimento sobre a vida, provocado por necropolíticas que produzem mais sofrimento e morte diante de uma população barbarizada pela crise sanitária, econômica e existencial. Ao mesmo tempo em que levanta a hipótese de uma necessária reestruturação produtiva nos sistemas de saúde. É necessário conduzir as redes assistenciais a uma transição tecnológica, capaz de inverter a lógica de produção do cuidado, para os territórios e as comunidades que os habitam.

As experiências da rede SUS-Niterói, se juntaram outras de trabalho e cuidado, igualmente em acontecimento, que ganharam expressão nos capítulos seguintes deste livro. Outros municípios, outros lugares, e o exercício contínuo do encontro entre trabalhadores e usuários. Invasos por uma multiplicidade de afetos diante de expectativas, vontades, vinham o sofrimento, dor, tristeza, acolhimento, cuidado, alegria, enfim, os afetos pulsam em um momento de alta tensão, e produção de vida diante do anúncio da morte, que mora ao lado.

As narrativas e experiências seguem com os Agentes Comunitários de Saúde, o cuidado às pessoas em situação de rua, todas escritas no calor do trabalho, luta, encontros, com objetivo de proporcionar o melhor cuidado possível.

Há experiências com os povos originários e o pensamento ancestral, que vieram de narrativas do território indígena Guarani em Mato Grosso do

Sul (MS), organizadas em torno do *Projeto Saúde Mental e Bem-Viver Indígena - Vitukoti xêti arinêti*. Bem como a experiência com indígenas dos Andes colombianos, da etnia Embera Chamí, retratada aqui na sua luta ontológica para manter a sua cultura, ritos religiosos, diante da cruel interdição feita pela justiça apoiada por grupos religiosos.

O cuidado à saúde mental é tratado em um capítulo, o qual reconhece que a situação neste quesito é tão arrebatadora quanto a própria pandemia de Covid-19. Há uma crise na experiência de viver, que colocou as pessoas em sofrimento, ao se perceberem imersas em um mundo que desabava, nas relações fraturadas, na economia em frangalhos deixando um rastro de miséria. Neste cenário seu corpo estava permanentemente sob ameaça de doença e morte. E, isto era muito real, ao ver os noticiários diários nos quais as milhares de morte perfilavam diariamente. Essa questão fica mais trágica ao verificarmos que as crianças, invisíveis durante a pandemia, tiveram sua saúde mental devastada e agravada com o longo período fora da escola. Estudos em outros países relatam aumento do suicídio infantil no ano de 2020 em relação ao anterior. Ou seja, os mortos e infectados na pandemia representam a “ponta do iceberg” de toda destruição, e danos à saúde das pessoas no plano global. Há muito o que se revelar e ainda permanece sob razoável invisibilidade.

No enfrentamento à pandemia no seu cotidiano, surge como uma importante experiência a elaboração de protocolos, utilizados na cidade de Niterói, para o preparo ao retorno das atividades normais da cidade. Uma experiência de construção “de baixo para cima”, ou seja, buscou dialogar, escutar, e receber sugestões de todos os segmentos da vida na cidade. Isto fez com que os protocolos tivessem grande legitimidade, e fossem efetivamente cumpridos quando implantados. Uma proposta de formulação compartilhada.

Educação Popular é tratada no último capítulo, como um recurso e possibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde, e sua relação com as comunidades nos territórios. A potência desta proposta evidencia o quanto o “popular” dos saberes presentes no cotidiano, cruzando as práticas de cuidado, é fundamental para alimentar de energia aqueles que cuidam, de afetos positivos e aumento da potência de agir.

Este livro é escrito por uma multidão, a contar os autores dos textos, suas conexões com os coletivos nas redes de saúde, ruas e praças, territórios indígenas,

ambientes virtuais e presenciais, no Brasil e no exterior. Em todos os lugares onde é possível realizar o encontro, é possível cuidar, um cuidado de mão dupla, que é cuidar do outro e de si. O cuidado é como algo que criamos, e ao ver seu resultado, retorna como afeto positivo, e aumenta a potência de cada um e cada uma. É assim que seguimos adiante, como coletivos, grupos, povos.

Boa Leitura!

Túlio Batista Franco

PANDEMIA DE COVID-19: O QUE SERÁ QUE VIRÁ?

Túlio Batista Franco

Era um dia chuvoso e com muito vento. As lanternas vermelhas pairando sobre todas as ruas nos lembravam que naquele dia começava um novo ano. Mas havia poucas pessoas nas ruas, além de trabalhadores da limpeza recolhendo as folhas caídas. As lojas estavam todas fechadas com slogans como 'O céu abençoe Wuhan' e 'Saúde é uma benção' colocados nas portas (morador de Wuhan em 25.01.2020).

Introdução

No dia 22 de janeiro de 2020 os moradores da cidade de Wuhan, na província de Hubei na China, quando se preparavam para se recolher, foram surpreendidos com a notícia de que haveria um bloqueio completo na província a partir do dia seguinte às 10 horas. As pessoas estariam impedidas de circular. O bloqueio foi decretado pelo governo para impedir a disseminação ainda maior do novo coronavírus Sars-Cov-2, responsável pela doença de Covid-19. Eles tinham 12 horas para abastecer a casa, cuidar dos familiares, orientar as crianças, estruturar uma vida que não se sabia até quando permaneceriam em confinamento no próprio domicílio.

Até então o mundo observava os acontecimentos na China sem saber ainda que tal evento iria representar uma grave ameaça à população do planeta. Ao impor o isolamento social, a China ao mesmo tempo ativou redes comunitárias, pessoas que passaram a acompanhar e apoiar a população, nos seus territórios de moradia, e iniciou um significativo trabalho junto à população, que visava manter as condições que sustentam a permanência em casa durante o período de vigência do bloqueio. Cinco dias após o bloqueio, em 28 de janeiro de 2020, começaram a ligar para os domicílios e fazer uma triagem on-line das pessoas, utilizando o aplicativo WeChat, um equivalente ao conhecido WhatsApp no ocidente. De acordo com (Sarmiento & Toledano, 2020), os coordenadores destas redes comunitárias coletavam informações sobre os residentes com febre, verificavam

se haviam sido assistidos por médico, o nível febril, consultas em hospitais e resultados de exames. Estas informações eram atualizadas no acompanhamento da comunidade com frequência. Esta rede de contato com a comunidade se tornou um ponto de apoio fundamental, sendo procurada pelas pessoas via telefone, WeChat, que solicitavam desde uma escuta do problema vivido pela família, até o provimento de máscaras e alguns itens de proteção individual.

Visitadores domiciliares repetiam diariamente o trabalho de aparecer em cada casa, e perguntavam-lhe sobre as condições de saúde, e eventuais problemas. A conexão entre o serviço de saúde e as bases comunitárias foi considerado um importante trunfo para o enfrentamento ao vírus.

O mundo até então olhava para a China como se o que acontecesse lá estivesse fora do alcance do resto do planeta. Não se imaginava que já nos primeiros meses do ano de 2020, fosse decretada uma pandemia impulsionada pelo novo coronavírus.

Um evento desta magnitude aconteceu há 102 anos, quando o mundo passou pela experiência da pandemia da chamada “gripe espanhola”, causada pelo vírus H1N1, que durou de 1918 a 1920. Segundo Schwarcz e Starling (2020) Calcula-se que a pandemia à época tenha atingido, direta ou indiretamente, cerca de 50% da população mundial e levado à morte 20 milhões a 50 milhões de pessoas, 8% ou 10% delas eram jovens. E ainda conforme Luiz Henrique Torres, citado em Kind e Cordeiro (2020), a influenza espanhola vitimou 300 mil pessoas no Brasil, em torno de 1% da população do país.

A história da humanidade vai conhecer os anos de 2020 e 2021 como da pandemia de Covid-19. No início do século XX não havia técnicas de mapeamento genético que possibilitasse uma identificação rápida do vírus. Já no início do século XXI, há um enorme desenvolvimento das tecnologias de saúde, e um rápido mapeamento do vírus foi realizado em pouco tempo. Em que pese o avanço tecnológico atual, permanece uma sensação de derrota para o vírus, ao ver nos momentos de surto mais agudo da pandemia, os hospitais abarrotados, e a falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e outros equipamentos essenciais para manutenção da vida das pessoas que são acometidas pela forma grave da Covid-19.

Tal sentimento fica evidente quando percebemos que, quando os usuários chegam ao hospital já sintomáticos, fragilizados pela alta virulência e dificuldades

para respirar, é sinal de que a guerra para o vírus foi perdida. É preciso derrotá-lo antes disto. Ou seja, o enfrentamento da pandemia de Covid-19 deve se dar nos territórios, em uma associação bem articulada entre os serviços de Atenção Primária e a Rede Básica de Saúde, com a comunidade e o uso de recursos não farmacológicos (Nacoti et al., 2020).

A experiência internacional de enfrentamento do atual surto pandêmico desencadeado pelo novo coronavírus, evidencia a eficácia das práticas que tem por referência os territórios e suas comunidades. Os países que fizeram este investimento chegaram aos melhores resultados de testagem, população bem informada e orientada, distanciamento social, colaboração da comunidade com formas de autoproteção, solidariedade na vizinhança, e finalmente a vitória sobre a doença manifesta através dos menores índices de agravamento da doença e internação. Os países que não valorizaram os serviços territoriais, ou chegaram tardiamente a estas conclusões, se viram derrotados nos primeiros meses do surto. Passaram por experiências terríveis de hospitais lotados, falta de leitos e respiradouros, colapso dos serviços de saúde. Se tornou emblemático o artigo publicado por Nacoti et al. (2020) e mais treze médicos do Hospital Papa Giovanni XXIII em Bérgamo-Itália, onde afirmam que “Os sistemas de saúde ocidentais foram construídos em torno do conceito de cuidado centrado no paciente, mas uma epidemia requer uma mudança de perspectiva em direção a um conceito de cuidado centrado na comunidade”. Esta nos parece ser a questão fundamental, pois o que se via era um cuidado centrado na rede hospitalar.

No dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo foi identificado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, e desde então o número de casos cresceu exponencialmente, caracterizando surto da doença. No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde ao reconhecer o caráter global da nova doença, declara que o mundo passa a viver uma pandemia de Covid-19. Todos os países se põem em alerta, há uma grande mobilização dos governantes por providências para adotarem as melhores estratégias de defesa da saúde da população, associada às preocupações com a saúde das economias dos seus países. A comunidade científica de forma muito rápida conhece o novo coronavírus, decifra seu comportamento, e emite orientações para seu enfrentamento. Esse processo não se encerra com as primeiras pesquisas, mas se torna frequente e contínuo durante todo desenvolvimento da pandemia. Em

paralelo começam as predições quanto às estatísticas sobre o número e progressão de infectados e mortos, vítimas do novo vírus. A pandemia toma a vida cotidiana de cada pessoa, invade suas casas, trabalho, relações familiares, negócios, enfim, o mundo se move sob a força do novo coronavírus.

Pari passu ao avanço do vírus, toma volume a disputa sobre as orientações governamentais para o enfrentamento da pandemia. As posições são balizadas entre uma ideia geral negacionista da gravidade do quadro sanitário, ao mesmo tempo em que propõe a continuidade da atividade econômica tal como anteriormente, o que resulta em maior exposição das pessoas; ou, o reconhecimento da pandemia, o que leva a propor o distanciamento social com maior restrição de mobilidade, e, portanto, paralisação de atividades econômicas não essenciais. No Brasil este tema rapidamente ganhou o noticiário e as pessoas, sendo que o governo brasileiro de então fez a opção por apostar em um projeto de “imunização de rebanho”, através da transmissão e infecção causada pelo Sars-Cov-2. Durante o ano de 2020 tomou medidas que favoreceram a disseminação do vírus. É o que conclui estudo realizado pelo Conectas Direitos Humanos e o Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) publicado em janeiro de 2021. A análise tomou como objeto 3.049 medidas, dados que foram coletados pelos autores tendo como fontes a Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Medidas Provisórias 2019 a 2022, no período de 1º. de janeiro a 31 de dezembro de 2020. O resultado foi taxativo na afirmativa de que o governo federal atuou para disseminar o vírus, é o mesmo que dizer de um “necroativismo”, quando se refere à sua atuação na pandemia.

O ano de 2020 foi um período de inicial surpresa, afinal, ninguém há alguns meses antes do início do ano, admitiria uma pandemia tão grave até final do ano de 2019, foi um acontecimento abrupto, de causa natural, já que a hipótese mais provável é de um efeito “transbordamento”, quando o vírus deixa um hospedeiro natural para “habitar” outra espécie. Ou seja, ao interagir com humanos o novo coronavírus impôs grave ameaça à vida de todas as pessoas. Houve também pânico, pois o desconhecido é especialmente ameaçador, desterritorializado, momento em que os afetos de fragilidade e desproteção ficam mais aguçados. A vida em jogo. O vírus impõe uma regra: ninguém se salva sozinho, só se salva

comunitariamente. A imunização para controlar o vírus precisa ter alta escala na população. O vírus coloca a solidariedade como a principal categoria política do momento. Ou as pessoas são solidárias e conseguem um desfecho aceitável para a crise sanitária e social do momento, ou, vão estar severamente ameaçadas pela dinâmica virótica que tomou o mundo. Neste cenário, a Organização Mundial de Saúde orienta para medidas não farmacológicas de proteção, visto que não há medicamento eficaz para a doença de Covid-19, ou seja, seria necessário enfrentá-la e derrotá-la evitando a transmissão e infecção. A principal medida de proteção foi inicialmente o distanciamento social, *lockdown*, que pode ser classificado em confinamento total ou parcial. O confinamento total é definido como “suspensão total das atividades não essenciais com restrição de circulação de pessoas” e o funcionamento exclusivamente dos serviços cruciais, de saúde e de abastecimento, por exemplo. No *lockdown* parcial, alguns serviços não essenciais podem funcionar, sob rigorosas medidas de vigilância (Houvèssou et al., 2021, p. 4). Outras orientações foram igualmente importantes, como a orientação à população quanto ao uso de máscaras e álcool em gel, higiene, manejo de estados gripais para evitar difusão de gotículas ou aerossóis, como meios de infecção do vírus. Para os casos já sintomáticos graves, sugere expansão dos serviços de urgência, internações, Unidades de Terapia Intensiva. Estão neste conjunto de medidas, o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (World Health Organization [WHO], 2021).

Diante do choque inicial do alto índice de contágio, e a necessária proteção das pessoas frente ao adoecimento e morte na população, grande parte dos países adotam medidas de restrição de mobilidade para se defender do novo coronavírus. O primeiro semestre de 2020 foi o auge destas medidas com relativo sucesso em alguns países, havendo momentos em que por exemplo, 15.768 (60%) da frota de aviões estavam estacionadas nos aeroportos, conforme noticiou o site UOL em 02 de junho de 2020, refletindo a relativa parada da economia global para garantir o necessário distanciamento social, como forma de enfrentamento da pandemia.

O primeiro lockdown ocorreu em 23 de janeiro de 2020, na província de Hubei, na China (Benjamin, 2020), na sequência vários países aplicaram esta medida como forma de evitar a propagação do vírus. Sempre que bem orientada esta medida deu resultados satisfatórios: “Os países que implementaram lockdown tiveram

diminuição da incidência diária de COVID-19 (casos por milhão de habitantes) no período de três semanas, a contar do início da medida: África do Sul (3,7 a 1,7), Alemanha (37,5 a 33,7), Espanha (176,3 a 82,0), Itália (92,0 a 52,1) e Nova Zelândia (7,5 a 1,7). O Brasil e os Estados Unidos, que não implementaram lockdown, não apresentaram uma diminuição considerável” (Houvèssou et al., 2021, p. 1).

Uma grande polêmica se instaura no cenário mundial, mas especialmente em alguns países, entre eles o Brasil, entre “salvar a economia” e expor as pessoas ao vírus e a doença de Covid-19; ou, “salvar as pessoas” às custas de um grande sacrifício econômico imposto à população. O debate se propaga entre governantes “negacionistas da ciência”, como por exemplo os presidentes brasileiro e americano, de um lado; e a comunidade científica que munida de dados epidemiológicos, demonstram a necessidade de rigorosas medidas protetivas, entre elas, o distanciamento social para enfrentamento da pandemia e o novo coronavírus.

O início do negacionismo da ciência pauta o tema do meio ambiente e aquecimento da terra. Segundo Latour (2020) as pessoas que aderem a este pensamento, os “climatonegacionistas”, não são produto da pouca inteligência, ou ignorância sobre estes assuntos. Trata-se de uma estratégia política fartamente empregada para negar o aquecimento global, em favor da manutenção dos altos índices de emissão de poluentes, favorecendo certos setores econômicos, principalmente os que usam combustíveis fósseis como fonte energética. Os mesmos argumentos e princípios são utilizados no contexto da pandemia, a fim de favorecer uma elite econômica que se nega a parar suas atividades, assim como muitos que consomem seus serviços e produtos. Para estes, a defesa da vida é secundária ao contínuo processo de acumulação e lucros econômicos.

No final do primeiro semestre de 2020 após um período de grande esforço da Organização Mundial de Saúde, combinado com um conjunto de países, no uso de medidas de proteção, houve uma substancial redução da taxa de contágio, como demonstra estudo realizado por Hisiang (2020), que analisou dados de 1.700 intervenções não farmacológicas, implantadas na pandemia em todas as localidades da China, Coreia, Coreia do Sul, Itália, Irã, França e Estados Unidos:

Obtivemos evidências consistentes de que os pacotes políticos que foram implantados para reduzir a taxa de transmissão alcançaram

grandes, benéficos e mensuráveis resultados de saúde. Estimamos que, nesses 6 países, as intervenções impediram ou atrasaram a ordem de 61 milhões de casos confirmados, o que corresponde a evitar aproximadamente 495 milhões de infecções totais (Hisiang, 2020, p. 262).

Estes resultados corroboram com os que foram apresentados por Houvèssou, Souza e Ferreira (2020).

Em que pese este conjunto de dados e evidências da eficácia do distanciamento social, as medidas foram aos poucos substituídas por medidas menos rigorosas, o que deixou a população vulnerável a uma suposta segunda onda da pandemia. O que ocorreu no início do segundo semestre de 2020. Neste período uma segunda onda de Covid-19 se instala em alguns países, impulsionada por novas cepas do coronavírus Sars-Cov-2, especialmente as que foram identificadas por mapeamento genético, do Reino Unido, África e Brasil a partir de Manaus-AM (WHO, 2020; Makoni, 2021; Sabino, 2021).

Saturação em 84. Você precisa de suprimento adicional de oxigênio. Estou indo para o hospital, seja o que Deus quiser (usuário do serviço de saúde).

O diálogo acima foi mantido entre dois médicos, um infectado e com Covid-19, portanto na condição de usuário, o outro, na condição de médico assistente. Retrata a situação vivida por centenas de milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Quando o ar começa a faltar, o corpo a fatigar, o medo toma conta. Enfim, a partir deste momento o corpo pode começar a colapsar. Entram os equipamentos, o ambiente frio do hospital, sofrimento e dor em níveis quase insuportáveis. Quando o usuário chega neste lugar, significa que todas as iniciativas para prevenir a transmissão, e evitar que a doença se instalasse falharam. Cada pessoa que necessita internação é um indicador de que a luta contra a pandemia está sendo perdida. Pois, as armas centrais no seu enfrentamento são aquelas que orientam e convencem a população sobre as formas de autoproteção, o distanciamento social, enfim, medidas não farmacológicas como já dito aqui. Esta guerra será vencida nos territórios, insistindo nessa questão. Mas, enfim, por que respostas biomédicas centradas na assistência hospitalar tem primazia na atenção aos cuidados à

Covid-19 nos sistemas atuais? Isto indica de forma veemente a necessária mudança dos serviços de saúde, assim como, da subjetividade biomédica que agencia práticas instrumentais no cuidado, hoje hegemônicas nas redes de atenção.

Nesse contexto, e ainda com um alto platô indicando as mortes por Covid-19, durante o ano de 2020, o Brasil se viu diante de uma segunda onda no final deste ano. O crescente número de vítimas na segunda onda da pandemia no Brasil, com números exorbitantes entre infectados e mortos pelo vírus, traz no seu bojo o efeito rebote da primeira onda. Ou seja, políticas governamentais equivocadas, que desinformam a população quanto aos riscos da doença, orientações equivocadas propagando um suposto “tratamento precoce” com medicamentos ineficazes, incúria, negligência na aquisição de vacinas, foram deliberadamente orientadas pelo Ministério da Saúde, como parte de um projeto político, levaram a uma catástrofe nacional. Este cenário provocado por ação do governo federal subtraiu da população possibilidades de campanhas massivas de orientação e proteção, o uso correto das medidas protetivas, enfim, cuidados rotineiros para os quais a população precisa ser orientada e estimulada a seguir.

Este artigo pretende discutir o cuidado à saúde na pandemia de Covid-19, tomando como pressuposto que a Pandemia contribui para revelar e analisar o atual modelo tecnoassistencial para a saúde.

Este texto toma por referência o paradoxo entre a centralidade assumida pelo uso de recursos hospitalares e de alta tecnologia, na principal resposta à pandemia, contra a utilização de serviços de referência territorial como a mais eficaz para respostas não-farmacológicas, conforme preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária que cuida das ações nos territórios ganhou razoável invisibilidade no processo de combate à crise sanitária decorrente da alta transmissibilidade do Sars-Cov-2. Além de manter a população mal informada sobre os recursos que realmente são capazes de protegê-la na pandemia, manejados pelos serviços de referência territorial, a imprensa passa uma imagem distorcida da realidade, induzindo a população a utilização do hospital como principal recurso para o seu cuidado. Cria-se uma produção imaginária da demanda (Franco, 2005), ou seja, uma demanda que se produz com base em uma imagem distorcida da realidade, que associa a proteção e cuidado diante da pandemia, à assistência hospitalar.

As evidências construídas na pandemia, quanto a eficácia no seu enfrentamento, indicam a mobilização das comunidades nos seus territórios. Orientar, acolher, orientar, informar, proteger estão na base desta atividade. Solidariedade tem sido a palavra mais usada neste momento, e para muitas comunidades é um exercício cotidiano, o que significa somar ao outro e com ele lutar por um objetivo comum. Segundo Maciel (2018), solidariedade significa a soma de potência entre os corpos. Valores cultuados desde sempre nas comunidades periféricas das cidades, entre os povos indígenas, caiçaras, ribeirinhas, quilombolas, e muitos outros grupos, agora estão no centro de um *modus vivendi* que deve ser cultuado. Como já foi dito, o vírus ensinou que ninguém se salva sozinho, só se salva no coletivo, o que fortalece uma perspectiva da centralidade do território na proteção das vidas dos que o habitam.

A Pandemia e a sociedade: o mundo como ele é

Depois do genocídio indígena, e mais de três séculos de escravidão, a pandemia de Covid-19 tem sido considerada a terceira maior tragédia da história do Brasil, e a maior no período republicano. O maior evento na saúde do século, ceifou centenas de milhares de vidas, algo inimaginável de acontecer no país contemporâneo. Um acontecimento desta magnitude não tem como se expressar. Sua magnitude, complexidade, e a forma como os humanos a produz, nos coloca diante de uma rede de artefatos, que em série e articulados, fabricam a chamada “crise sanitária global”.

Krenak (2020) diz que a pandemia é uma reação da natureza frente às agressões que sofre a cada dia, por ação dos humanos; ao mesmo tempo produz sentimentos de medo, angústia e desamparo nas pessoas. Ao mesmo tempo, revela as características da atual sociedade, formas de organização societária, valores, cultura, crenças, modos de vida, e tudo o que diz respeito à existência das pessoas e sua forma de interação com a natureza e o meio no qual vive.

A comissão da Organização Mundial de Saúde que esteve em Wuhan na China no início de 2021 para pesquisar e definir a origem do Sars-Cov-1, não chegou a um resultado conclusivo, sendo mais provável um “transbordamento”, ou seja, a transmissão de um animal silvestre para humano, e na sequência houve a

transmissão para a população. Isso foi possível devido ao brutal desequilíbrio a que se chegou, a relação do ser humano com a natureza, predando recursos naturais, e desrespeitando os limites toleráveis do extrativismo de recursos da natureza. As consequências para o clima são dramáticas para o clima na terra, onde já se identifica o aumento significativo de temperaturas; poluição do ar, água e solo; queimadas e enchentes, enfim, há graves ameaças à vida na terra (Latour, 2020).

Este aspecto não está suficientemente considerado na luta que se trava contra a doença de Covid-19. O vírus aparece como o grande vilão, mas não o é. Embora seu caráter agressivo e mortífero, ele é um elemento da natureza, e foi a partir de um suposto desequilíbrio ambiental, causado por sucessivas agressões perpetradas pelo ser humano, ao meio ambiente, que o vírus aparece, por efeito do desequilíbrio ecológico. Supostamente um cenário diverso, onde a natureza é preservada, e haja um equilíbrio na relação do ser humano com os outros seres que habitam o planeta, seria possível que este desfecho atual, de uma pandemia com danos tão graves sobre a população em geral não tivesse ocorrido.

De acordo com Latour (2020), o planeta está próximo de um ponto de não retorno no aquecimento global, caracterizando uma emergente necessidade de reversão do atual quadro de destruição da natureza. Os danos já são imensuráveis, com perdas significativas para o clima na terra, em função do desaparecimento de milhares de espécies. Estas alterações climáticas, desde a revolução industrial no século XVIII, são causadas principalmente por interferência humana. Nestes termos caracteriza o “antropoceno”, ou seja, uma nova era em que a interferência humana na natureza é de tal magnitude que tem alterado o clima na terra em função disto. Segundo o autor, citando Crutzen e Stoermer, estima-se o início do Antropoceno por volta de 1.800, no começo da Revolução Industrial na Europa (Latour, 2020, p. 184).

O novo coronavírus que apareceu com força intensiva para em poucos meses ganhar todos os continentes, fazendo a OMS decretar a Pandemia de Covid-19 em 11 de março de 2020, é o resultado mais dramático das grandes transformações climáticas. Após a “gripe espanhola”, pandemia causada pelo vírus H1N1 em 1918, a existência de um vírus mortífero como o atual, capaz de dizimar grande contingente de humanos era visto apenas em filmes de ficção pela maioria da população. Os serviços de inteligência de governos centrais na governança

global alertaram para esta possibilidade, mas providências não foram tomadas para evitar a tragédia da Pandemia de Covid-19.

Se reconhecermos que o novo coronavírus é produto da interferência humana na natureza, destruindo seu equilíbrio, proporcionando o aparecimento do Sars-Cov-2, podemos pensar que o vírus não é o vilão de toda tragédia que a pandemia impõe à humanidade. O verdadeiro vilão é dotado de inteligência, e produziu este grave quadro no qual o mundo se encontra, debatendo-se com a doença de Covid-19 em escala global. O vilão é o ser humano que vem destruindo a natureza, sem se importar pelos efeitos da sua destruição.

Aumento da cronicidade no pós-Covid-19, e o “Long-Covid”

São muitos os estudos relacionados à Covid-19, epidemiológicos que orientam toda vigilância em torno do vírus, estudos sobre a estrutura genética do Sars-Cov-2 e sua alta mutação, e a clínica especialmente voltada para formas de tratamento da Covid-19 grave, paliativos até este momento, ou seja, atuam no núcleo dos sintomas apenas, porque não há medicação eficaz contra Covid-19. De totalmente desconhecidos o novo coronavírus e a doença de Covid-19 no início de 2020, hoje podemos dizer que, embora supostamente falte muito a conhecer, sempre houve desde o início do surto em Wuhan, orientações para formas de proteção não farmacológicas, protocolos usados desde quando se conhece a forma de transmissão por vias aéreas. Por exemplo na pandemia de “gripe espanhola”, H1N1, em 1918, o uso de máscaras e distanciamento social foram largamente difundidos na orientação da população. Existe uma razoável base de conhecimento que possibilita ter segurança nas formas de proteção à doença.

Rapidamente se observou que a doença de Covid-19 na sua forma grave deixa sequelas. Para entender este fenômeno, Huang et al. (2021) fizeram um estudo de coorte em Wuhan de janeiro a maio de 2020, de pessoas egressas de internação hospitalar pela Covid-19. O estudo conclui que:

Aos 6 meses após a infecção aguda, os sobreviventes do COVID-19 eram principalmente perturbados com fadiga ou fraqueza muscular, dificuldades de sono e ansiedade ou depressão. Os pacientes que estavam mais gravemente doentes durante a internação tiveram

capacidades de difusão pulmonar mais severas e manifestações anormais de imagem torácica, e são a principal população alvo para intervenção de recuperação a longo prazo (Huang et al., 2020).

Novos estudos realizados na China em meados de 2020 indicavam a existência de sequelas em usuários em fase pós-aguda de Covid-19. Pesquisas realizadas em Hubei-China informam que as principais disfunções físicas dos pacientes pós-agudos foram distúrbios do sono (63,6%), diminuição da resistência às atividades (61,4%) e disfunção respiratória (57,9%), enquanto as principais disfunções psicológicas incluíram ansiedade (62,1%) e medo (50,0%) (Zhengliang, 2020).

Em uma linha de pesquisa direcionada especificamente para sequelas neurológicas, Carod-Artal (2020) descreve que o coronavírus é capaz de causar um grande dano nesta área, documentado em pesquisas que identificaram vários sintomas neurológicos relatados por pessoas afetadas pela Covid-19. Estes estudos vêm acompanhados geralmente da identificação de necessidades de reabilitação, como descreve Sire et al. (2020). Os resultados da pesquisa indicam necessidade de reabilitação motora, informam alta na incidência de sequelas neurológicas incapacitantes em usuários hospitalizados por Covid-19, e orientações para reabilitação respiratória precoce na fase aguda e telemonitoramento e telereabilitação na fase pós-aguda.

Os serviços de saúde já vinham há algum tempo reconhecendo a maior demanda para cuidados aos crônicos, decorrente da mudança do perfil censitário da população, com aumento da população idosa em relação à população geral, e a consequente maior prevalência da cronicidade (Franco et al., 2020). Contrasta com este quadro de necessária expansão dos serviços de Atenção Básica, o subfinanciamento e o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Além das demandas por aumento da cronicidade, uma nova condição associada à Covid-19 foi descrita por Trisha Greenhalgh et al. (2020), baseando-se em um estudo dos dados anotados no aplicativo de smartphone, o “UK COVID Symptom Study”. Este aplicativo foi desenvolvido a partir de iniciativa do King’s College London, associado a algumas outras instituições de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias de inteligência, que o disponibilizaram para

a população, de forma gratuita. As pessoas inserem no aplicativo seus dados pessoais, sintomas e localização, para que, caso tenham sintomas de Covid-19 sejam localizadas e orientadas. Os autores do estudo concluíram que havia um novo tipo de Covid caracterizada pela extensão do tempo dos sintomas, que podem chegar a 12 semanas a partir do seu início. A este tipo se chamou de “Long Covid” ou “Covid-longa”, diferente da “Covid pós-aguda”. O artigo relata ainda de forma detalhada sintomatologia para a Covid pós aguda e Covid-longa, com base em narrativas de pacientes que mantiveram quadros preocupantes de cronicidade por períodos longos. E muitas vezes estas condições não necessariamente levam à internação, reconhecendo, portanto, que quadros considerados “leves” não estão isentos de desenvolver uma condição crônica por um tempo mais longo do que o esperado.

A Covid-longa demonstra que o quadro onde se desenrola a pandemia é bem mais complexo do que se pensava inicialmente. Segundo os autores, muitos usuários cuja doença Covid-19 é prolongada irão se recuperar por meio de uma abordagem holística e ritmada. Muito pode ser alcançado por meio de serviços de reabilitação interprofissionais voltados para a comunidade, que envolvam a autogestão do cuidado, e uma rede de apoio na comunidade, aproveitando o potencial e recursos de “teleassistência”. (Trisha Greenhalgh et al., 2020). Estudos sobre o uso de tecnologias de inteligência (TI) no cenário da pandemia tem inúmeras utilidades como já descritas aqui. Servem também para rastrear a doença de Covid-19 na população, contribuir para identificar grupos de risco, e se for georreferenciado pode ser usado para organizar preventivamente atividades junto às comunidades. Evidentemente que um banco de dados como o que este aplicativo é capaz de organizar, serve para dimensionar as novas demandas do serviço de saúde surgidas com a maior incidência de crônicos pós-Covid, e organizar os serviços de forma adequada a esta nova realidade. Este esforço pode estar voltado prioritariamente para a Atenção Primária e Rede Básica de saúde.

Há uma combinação entre o desequilíbrio da pressão da demanda, e a redução da sua capacidade de atendimento. Vive-se um quadro sanitário no Brasil absolutamente adverso e alheio à urgência das demandas interpostas pela pandemia. Os anos de 2020 e 2021 em que escrevo este texto, no Brasil,

são marcados pela continuidade das políticas regressivas no campo social e da saúde em específico. Isso nos leva a pensar que a superação deste momento, está vinculada à capacidade em construir projetos que coloquem o sistema de saúde em situação bem mais avançada, diferente e melhor, em relação à situação anterior à pandemia. Com prioridade para a construção de serviços de referência territorial, como a Atenção Primária e outros que vão conformar uma Rede Básica de Saúde. De características robustas, eficazes, com grande capacidade resolutive, e de baixo custo. Uma associação entre excelência na gestão do cuidado, com processos de trabalho centrado nas tecnologias leves, e forte participação comunitária compartilhando das iniciativas territoriais.

No Brasil se vive uma realidade distópica desde o início da pandemia. O cenário associa a gravidade e alta expansão da Covid-19, com grave desfinanciamento dos serviços de saúde públicos, e um governo negacionista da ciência, que não reconhece o valor das medidas protetivas contra o vírus, a emergência de vacinas e vacinação das populações, e, prescreve medicamentos comprovadamente ineficazes e de graves efeitos colaterais, como “tratamento precoce” à doença. Ou seja, tudo isto gerou uma grande desorientação por parte significativa da população, além de abrir a possibilidade para que médicos prescrevessem o chamado “kit covid” como enganosa possibilidade de cura. Em paralelo há uma grande intensidade de boatos sobre a pandemia, as chamadas “fake news”, que tornam a situação de desinformação e desorientação da população mais aguda e grave.

Serviços de referência territorial são o antídoto a todas estas atrocidades cometidas por um governo “necroativista”, que desconhece o crescente número de infectados e mortos na pandemia no Brasil. Em que pese os esforços dos coletivos de trabalhadoras e trabalhadores, no sentido de criar proteção às populações adscritas nas Unidades Básicas de Saúde, é significativo o ativismo e protagonismo de usuárias e usuários. Inúmeras iniciativas comunitárias foram importantíssimas para uma autogestão do cuidado e proteção de inúmeras comunidades nas periferias das cidades, comunidades rurais, indígenas, caiçaras, ribeirinhas, quilombolas, e todo tipo de grupos se organizaram com base na solidariedade. Esta é a principal ferramenta das comunidades, associada à generosidade entre elas.

Serviços de referência territorial no cuidado à Covid-19

Desde o início da pandemia no Brasil seu enfrentamento vem se dando centrado basicamente no atendimento hospitalar das pessoas infectadas pelo coronavírus, e atividades territoriais descoordenadas, por exemplo, a testagem e acompanhamento de usuários nas comunidades, e informações de orientação contraditórias entre o que falavam os órgãos científicos, e o governo federal. Em lugares onde houve colapso dos sistemas de saúde, a Atenção Básica ficou absolutamente secundarizada no contexto das iniciativas de enfrentamento do coronavírus. A predominância da rede hospitalar para atenção à Covid-19 segue o modelo hegemônico na maioria dos países, onde o cuidado é centrado na lógica biomédica, e processo de produção do cuidado centrado nas tecnologias duras e leve-duras, ou seja, maquinaria e conhecimento técnico estruturado, tomando estes conceitos emprestado de Merhy (2002).

Durante o desenvolvimento do primeiro surto da doença em 2020, ficaram evidentes a relevância dos cuidados locais de referência territorial, como estratégia importante de enfrentamento da pandemia (Mirco Nacoti et al., 2020). Algumas experiências conhecidas incluem nestas práticas a orientação às comunidades para seu cuidado, distribuição de dispositivos de proteção individual, afirmação dos vínculos com uma equipe e unidade de referência territorial. Os estudos desenvolvidos até aqui demonstram a importância de se alcançar com novas abordagens as práticas de cuidado, um expressivo aumento da resolutividade da Atenção Primária, com ampliação das suas atribuições e escopo de atividades.

No entanto verifica-se que embora importantes, o que se construiu junto à Atenção Primária e Rede Básica é insuficiente para caracterizar de forma assertiva, a necessária proteção à população, e aos que são acometidos pela doença de Covid-19. Pretendemos então discutir as possibilidades de reorganização da Atenção Primária em Saúde, com foco nas necessidades de modelagem dos serviços de saúde, considerando como já dito anteriormente, a maior prevalência de crônicos entre a população decorrentes do surto pandêmico, ou seja, proveniente de efeitos da Covid-19.

Os serviços de referência territorial são os que conseguem exercer uma prática de “cuidado de proximidade”, com eficácia para cuidar da população.

Na Região Emilia-Romagna, na Itália, serviço de proximidade é um conceito largamente utilizado nas políticas públicas e nos serviços de saúde.

Interpretar a proximidade não só como dimensão física, mas também relacional [...]

Em relação à dimensão da proximidade, dois temas de política pública emergem com particular importância: o tema do acesso ao domicílio, sobretudo em alguma região da cidade e para alguma parte da população, e o de acolher as pessoas com maior vulnerabilidade. (Comuna di Bologna, 2020).

Por serviços de proximidade Obino (2021) entende como intervenções com objetivo de responder a necessidades emergentes em comunidades específicas, voltados a “conhecer a necessidade cotidiana das famílias, em particular das pessoas com deficiência, idosos e com baixa autonomia, residentes no território e não assistidos pelo serviço de assistência domiciliar [...], identificar os recursos presentes [...], ativar a colaboração estruturada entre os diversos sujeitos ativos no território [...], desenvolver atividade de suporte cotidiano”.

Bardelli e Fronte (2004) consideram que os serviços de proximidade são “caracterizados por uma imediata vizinhança às necessidades das pessoas que experimentam sobre sua pele situações de alta vulnerabilidade no plano bio-psico-social” (Bardelli & Fronte, 2004, p. 19).

Seixas et al. (2020) reconhecem nos cuidados de proximidade a possibilidade de enfrentar e derrotar a pandemia de Covid-19, considerando que há inúmeras iniciativas nos “territórios de vida e trabalho das pessoas”, que já constituem avançadas práticas de cuidado, operando nos territórios. No entanto, o potencial existente nestes serviços não vem sendo utilizado como poderia ser, em razão da prevalência de opções para os cuidados biomédicos, centrados na assistência hospitalar, como a principal resposta à pandemia.

Reconhecemos o acerto da análise feita pelos autores, adotamos para “serviços de proximidade” o que, além de estar próximo e junto ao território onde as pessoas moram, também dizem respeito à implicação com o problema de saúde, com o sofrimento e a dor das pessoas. O que dá sentido às práticas de proximidade

na saúde, é a capacidade de escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo, e a continuidade do cuidado. Então nos propomos discutir o cuidado territorial a partir do conceito de “potência do território” no enfrentamento da pandemia de Covid-19, tomando como campo problemático a centralidade da Atenção Primária e outros serviços de referência territorial, em associação permanente com as comunidades locais, compartilhando o cuidado e as experiência de viver.

A Pandemia e o desejo de mudança: o que será que será?

“Caminhante, não há caminho. O caminho se faz ao caminhar”. A frase lapidar do poeta espanhol modernista Antônio Machado, se aplica muito bem ao percurso que se tem feito, por toda comunidade científica e de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, na sofrida experiência com a pandemia de Covid-19. Descobertas sobre o novo coronavírus e a doença de Covid-19, se dão ao mesmo tempo da implementação de medidas de cuidado. Uma grande mobilização na comunidade pertencente ao espectro da saúde no mundo todo foi notada, inclusive pela profusão de novas publicações disponibilizadas diariamente tratando dos inúmeros aspectos de abordagem do vírus, a doença e sua relação com as populações. Só o conhecimento multidisciplinar e transdisciplinar consegue desvendar possibilidades de seguir caminhando rumo a uma suposta proteção definitiva da comunidade humana frente à Covid-19.

Nos preocupamos principalmente em como os serviços de saúde vão se organizar para este enfrentamento, já iniciado, mas especialmente no futuro próximo, diante do esperado e extraordinário aumento de demanda, proveniente de sequelas de Covid-19. Pensar na reorganização da Rede Básica significa obviamente imaginar os recursos necessários à sustentabilidade do seu pleno funcionamento. Além disso, o modo de produção do cuidado é parte central neste projeto. Neste particular a potência dos serviços se encontra na capacidade de impulsionarmos as energias ativas na microfísica dos afetos, nos encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários. Na capacidade de colocar a atividade micropolítica de trabalho e cuidado, a serviço da implicação com o problema de saúde dos usuários. A biosubjetividade deverá se manifestar sobretudo na capacidade de conectar os serviços de saúde, com as comunidades, em ações

organizadas por micro relações, vizinhança, construção do comum em que as fronteiras entre serviço e população vão ficando mais tênues, possibilitando maior compartilhamento de ações e soluções para os problemas cotidianos.

Neste sentido pensamos que a reestruturação produtiva na saúde, com base na experiência da pandemia de Covid-19, poderia passar por alguns elementos já presentes na cena da produção do cuidado, mas que, a magnitude da crise sanitária causada pelo surto pandêmico, fez com que as mudanças em curso ganhassem grande velocidade. Hoje, se torna urgente pensar as mudanças na saúde, tomando como foco a micropolítica do trabalho e cuidado, inserindo no cotidiano das práticas novas rotinas e relações de cuidado, assim como, urge instituir regras que sustentem as mudanças, e possam fazer evoluir para uma transição tecnológica, ou seja, um modo de produzir o cuidado que signifique a inversão das tecnologias de cuidado, passando as tecnologias relacionais como as centrais no processo produtivo.

Conclusões

Para concluir apontamos alguns mecanismos que engendram uma possível reestruturação produtiva na saúde, como processo em construção, que deveria ser impulsionado na crise sanitária causada pela Pandemia de Covid-19. O pressuposto fundamental é o da centralidade dos serviços de referência territorial, reconhecendo o território e a comunidade como dispositivos de construção compartilhada do enfrentamento à pandemia, mas também da continuidade do cuidado.

Algumas possibilidades de avanço da construção da Atenção Básica em Saúde, como rede mais articulada e robusta. Define-se assim como a mola propulsora de um processo de mudança das práticas de cuidado, para um modelo centrado nas tecnologias relacionais, protagonismo dos trabalhadores e de usuários, e coordenação do cuidado.

A seguir apresentamos o que consideramos ser possibilidades de fortalecimento da Rede de Atenção Básica em Saúde, no atual contexto.

Cuidados Intermediários e Hospital Comunitário. Inicialmente partimos do pressuposto de que a Rede Básica deve ampliar seu escopo de atribuições, admitindo os cuidados intermediários como um dispositivo importante para as mudanças pretendidas. Isto significa ter leitos para semi-agudos, de reabilitação

e recuperação, em Unidades específicas, mas vinculados à Rede Básica, o que contribui para maior resolutividade, maior capacidade de ordenar o cuidado em rede, redução de internações, operando um serviço que pode evitar reinternações, ao cuidar dos crônicos em vias de agudizar, e os egressos de internação ainda com baixa autonomia. Estes serviços se conectam a toda rede, em especial serviços de Atenção Domiciliar (Franco, 2020).

“Telecuidado” ou “teleassistência”, ou outros vários conceitos que utilizam de tecnologias da inteligência e suporte para o trabalho remoto na saúde. Utilizados para o acompanhamento de crônicos, mas não apenas, este recurso é largamente utilizado na “frente Covid” no contexto da pandemia. Vários dispositivos com suporte de sistemas informatizados, têm sido experimentados no atual surto pandêmico, o que resulta em aumento de escala no cuidado, otimiza a força de trabalho, reduz o risco de transmissão, e potencializa cuidadores e familiares para o cuidado da Covid-19. Admite-se a possibilidade do uso de recursos de baixo custo, e manejo frequente dos trabalhadores e usuários, como aplicativo de mensagem acoplado ao smartphone. Esta foi uma experiência já admitida no processo de trabalho dos ACSs durante a pandemia, com relativo sucesso nos resultados quanto a evitar o deslocamento de usuários e trabalhadores, reduzindo a exposição ao coronavírus.

Há experiências muito avançadas como a do município de Recife-PE, que criou um sistema em rede, e que funciona por dentro da Rede SUS, contando com alta adesão da população. Se tornou referência para acesso aos serviços, com agilidade e acolhimento das demandas relacionadas à Covid-19. Impactou os processos de trabalho implantando jornada híbrida de trabalho aos profissionais que acompanham o “telecuidado”. Importante é o fato de que o sistema reconhece que o teleatendimento não substitui o cuidado presencial, quando este se faz necessário. Trata-se de uma ferramenta eficaz para o acesso, eleva o grau de equidade no sistema, e aumenta extraordinariamente a capacidade de atendimento (Machado, 2020).

Ao mesmo tempo foi possível aumentar e ampliar a escuta, acolhimento, orientações aos usuários, com aumento da escala de atendimento. Importa informar que o uso destes recursos não é substitutivo ao cuidado presencial, mas adicional e complementar.

Outro dispositivo fundamental é a Educação Permanente e os saberes indisciplinados, que deverão se pautar pela prática cotidiana, o trabalho como principal insumo do processo de aprendizagem. Importante que a equipe reconheça na comunidade os saberes da experiência, do vivido, como recurso importante no desenvolvimento de estratégias a serem adotadas, de proteção e cuidado às pessoas, e à comunidade (Franco, 2007).

Associada a estas questões é importante considerar a educação ambiental como um dispositivo de defesa da vida, que tem por objetivo agenciar uma subjetividade que se ocupa da preservação da natureza e do meio ambiente saudável. A defesa da vida passa a ser um objeto de estudo de trabalho, que considera todas as vidas existentes no planeta, humanos e não humanos.

Referências

- Bardelli, S., & Fronte, L. (2004). Il Compito Sociale dei Servizi di Prossimità. Prospettive. Novembre. 04 Prossimit1.pdf (lorenzofronte.it)
- Benjamin, C. (org.) (2020). Wuhan no isolamento do Coronavírus: Histórias de coragem e determinação. Contraponto: Rio de Janeiro.
- Boldrini, P., Bernetti, A., & Fiore, P. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). Eur J Phys Rehabil Med ; 56(3): 316-318, 2020 Jun. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-8822>
- Carod-Artal, F. J. (2020). Neurological complications of coronavirus and COVID-19. Rev Neurol. 70 (9), 311-322. doi: 10.33588.
- Casagrande, V. (2002). Aéreas retomam voos pelo mundo, mas setor segue em queda na América do Sul. UOL. <https://economia.uol.com.br/todos-a-bordo/2020/06/02/retomada-de-voos-coronavirus.htm>
- Comuna di Bologna. (2020). Il piano per l'innovazione urbana di Bologna. Bologna. <http://www.comune.bologna.it/pianoinnovazioneurbana/info2019/cinque-priorita/cura-della-prossimita/>
- Deleuze, G. (1990). ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 155-161.

Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

- Deleuze, G. (1996). O mistério de Ariana. Ed. Vega – Passagens. Lisboa. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro.
- Foucault, M. (2000). A História da sexualidade. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 243 – 27.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R., & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção Social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro.
- Franco, T. B. et al. (2020) Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde. Porto Alegre: Editoria Rede Unida. LIVRO_CUIDADOS_INTERMEDIARIOS-min.pdf (redeunida.org.br)
- Franco, T. B. (2007). Produção do Cuidado e Produção Pedagógica: Integração de Cenários do Sistema de Saúde no Brasil. Interface (Botucatu), 11 (23). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>.
- Greenhalgh, T. et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ 2020; 370: m3026. DOI: doi.org/10.1136/bmj.m3026. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026.full>.
- Houvessou, G. M., Souza, T. P. de, & Silveira, M. F. da (2021). Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 30 (1), e2020513. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000100303&lng=en&nrm=iso
- Hsiang, S. et al. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. Nature 584, 262–267. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>
- Huang, et al. (2021). 6-Month Consequences of Covid-19 in Patients Discharged from Hospital: a Cohort Study. Lancet, 16, 397(10270), 220-232. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study - PubMed (nih.gov).
- Huang, Q. S., Wood, T., Jelley, L. et al. (2021). Impact of the COVID-19 nonpharmaceutical interventions on influenza and other respiratory viral infections in New Zealand. Nat Commun 12, 1001. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-21157-9>

- Kind, L., & Cordeiro, R. (2020). Narrativas sobre a Morte: a gripe espanhola e a Covid-19 no Brasil. In: *PSICOLOGIA & SOCIEDADE*, 32, e020004. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240740>
- Latour, B. (2020) Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno. Ubu Editora/Ateliê de Humanidades: Rio de Janeiro, p. 28.
- Magalhães, G.S.G.; Correia, I.B.; Araújo, K.S.; Andrade, T.F.C.; Silva, R.C.F.; M.A.B. Oliveira; Carvalho, M.T.; Tenório, K.M.F.; Costa, A.S.P. Correia, C.J.B. (2020). Teleassistência no Enfrentamento à Pandemia de Covid-19 no Recife: Teleorientação, Telemonitoramento e Teleacolhimento Mediados pelo Aplicativo Atende em Casa. In: Souza, C.D.F; Machado, M.; Quirino, T. A Saúde Coletiva em Tempos de Pandemia: Experiências e Aprendizados do Enfrentamento à Covid-19 no Nordeste Brasileiro. Recife.
- Maciel, A. (2018). Spinoza – 25ª aula on Vimeo. <https://vimeo.com/292855472>
- Makoni, M. (2021) South Africa responds to new Sars-Cov-2 variant. *The Lancet*, 397, 267. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00144-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00144-6/fulltext)
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: cartografia do trabalho vivo. Hucitec: São Paulo.
- Nacoti, M. et al. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *New England Journal of Medicine Catalyst Innovations in Care Delivery*. DOI: 10.1056/CAT.20.0080. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
- Obino, F. (2021). L'Esprit a L'Envers. Aosta, Itália. Servizi di prossimità | L'ESPRIT A L'ENVERS.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Ed. Médica*, 492. 32 (4), 492–499.
- Sabino, E. C. et al. (2021). Resurgence of Covid-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *The Lancet*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00183-5). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00183-5/fulltext)
- Sarmiento, L., & Toeldano, R. (trad.) (2020). Wuhan: no isolamento do coronavírus. Editora Contraponto: Rio de Janeiro.
- Schwarcz, L. M., Starling, H. M. (2020). A bailarina da morte. Companhia das Letras. Edição do Kindle.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santo, T. B. E., Junior, H. S., & Cruz, K. T. (2021). A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface (Botucatu)*, 25(Supl. 1): e200379 .
- Sudre, C. H. et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. *MedRxiv* – the preprint for health sciens. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.10.19.20214494>
- Systematic rapid living review on rehabilitation needs due to COVID-19: Update as of April 30th, 2020. (15) Systematic rapid living review on rehabilitation needs due to COVID-19: Update as of April 30th, 2020 | Request PDF (researchgate.net)
- Systematic rapid living review on rehabilitation needs due to COVID-19: Update as of April 30th, 2020. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56 (3)
- WHO. (2021). Informe Técnico. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
- WHO (2020). Informe técnico, 21.12.2020. <https://www.who.int/csr/don/21-december-2020-sars-cov2-variant-united-kingdom/en/>
- Zhengliang, L. I. (2020). Rehabilitation needs of the first cohort of post-acute COVID-19 patients in Hubei, China. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(3), 339-44. <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2020N03A0339>

A PANDEMIA DE COVID-19 COMO DISPOSITIVO DE ANÁLISE DO MUNDO CONTEMPORÂNEO: NA PERSPECTIVA DA DEFESA DA VIDA

Túlio Batista Franco

Introdução

Este texto parte de alguns temas que foram debatidos no “III Desayuno Latinoamericano de Sociocuidado” promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade do Chile em 26 de setembro de 2020, e avança na análise da pandemia de Covid-19. Partimos do conceito de dispositivo do Deleuze (1990), o qual usamos como ferramenta analisadora para olhar aquilo que a pandemia nos revela sobre o funcionamento da sociedade, a produção da vida e as características do cuidado em saúde nos tempos atuais. Buscamos as linhas de visibilidade que a pandemia joga sobre a realidade, para entender as forças em jogo que produziram uma crise sanitária e social desta magnitude.

Introduzimos nossa discussão pensando sobre o trabalho, porque nele reside a potência de transformação da realidade, a partir da força que os trabalhadores têm como movimento e possibilidade de construção ética, estética e política do cuidado. Sempre que discutimos o cuidado, tomamos como central o conceito de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato (Merhy, 2002), ou seja, o trabalho no seu exato momento de criação. Isto supõe que o principal atributo do processo de trabalho é a liberdade, da qual desfruta o trabalhador quando está no encontro com usuários e outros trabalhadores. Isto nos coloca em contato com a ideia de que, o trabalho em saúde, quando analisado na perspectiva da sua micropolítica é autogestionário, isto é, o trabalhador e trabalhadora têm um grande autogoverno do seu processo de trabalho. Eles controlam as microdecisões clínicas, o acolhimento do problema de saúde, os fluxos assistenciais, e têm a possibilidade de construir redes por onde este usuário vai percorrer os serviços, em busca ao atendimento às suas necessidades.

A Pandemia de Covid-19 é um evento inesperado, de grande magnitude, e altamente ameaçador à vida, que colocou sob tensão os sistemas de saúde globais. Liberando uma grande energia de destruição, o novo coronavírus ocupa o planeta em poucos meses, e passa a interrogar o projeto civilizatório que nos trouxe até os dias atuais, e que tem como base, o desenvolvimento hegemônico das sociedades pela via do capitalismo, e seu infinito processo de acumulação de riquezas. Este processo não obedece a limites, e assim agride de forma insana a natureza e as relações humanas. O cenário que aparece com a Pandemia coloca em questão o modo de vida, o ritmo da economia, a organização dos serviços de saúde, enfim, a possibilidade de viver e também morrer por doença respiratória aguda grave.

As pessoas começam a se perguntar sobre a origem da doença Covid-19 e do vírus Sars-Cov-2, no sentido de compreender, enfim, de onde surge tal ameaça à humanidade. Entender sua genealogia é parte do esforço de se pensar nas possibilidades de saída para esta crise planetária. A pandemia surge ao mesmo tempo em que há uma significativa crise ambiental, que tem origem no aquecimento global e a mudança no clima do planeta. Outro vetor de interferência na crise atual vem da conhecida onda negacionista da ciência, associado ao movimento antivacina, são particularmente danosos aos esforços de contenção da Covid-19.

A um primeiro exame de como se deu o início da pandemia, as evidências nos conduzem a concluir que ela é uma produção humana. Inicialmente um vírus que vivia a milhões de anos na natureza, inicia a interação com humanos, o que se dá supostamente pelo efeito “transbordamento”, quando ele passa de uma espécie silvestre para a espécie humana. Isto acontece por destruição da natureza e desequilíbrio ambiental, produzidos por atividades predatórias, extrativistas, que desrespeitam a necessária proteção dos recursos naturais, associado ao modo de produção e acumulação de riquezas. A soma destes fatores dá início à maior crise planetária do último século.

A Pandemia colocou no centro do debate em relação à preservação da vida na terra, a questão da preservação da natureza, a incapacidade do sistema capitalista e neoliberal de defender a vida, valores humanitários com base na solidariedade, e a necessária reestruturação produtiva dos sistemas de saúde, voltados à maior centralidade de serviços de referência territorial.

A saúde deixa de ser uma política setorial e passa a trazer no seu bojo todas as questões que influenciam a produção da vida no seu conjunto. O grande desafio tem sido o de pensar a construção de um futuro pós-pandêmico, que deve se iniciar desde já. Isto é o que nos desafia. Esta construção precisa se dar fora dos parâmetros da sociedade atual, pois foi ela que produziu a atual situação. O futuro deve nascer como algo genuinamente novo, o que supõe um outro projeto ético, estético e político, de proteção da vida.

A Pandemia como um dispositivo

A Pandemia é um momento de grande aprendizado sobre o novo vírus, sua forma de comportamento, transmissibilidade, a doença de Covid-19, a vulnerabilidade das populações e muito mais. “A Cruel Pedagogia do Vírus” é o título do livro de Sousa Santos (2020), que propõe prudência antes de emitirmos opiniões apressadas sobre o novo quadro sanitário surgido com a pandemia. Ele sugere verificarmos as experiências das comunidades com o vírus, suas formas de autodefesa e autoproteção, para então, aprender com elas para depois formarmos nossas opiniões. O saber da experiência neste caso se associa de forma simétrica aos já consolidados. A experiência da Pandemia nos deixa alertas e abertos para o inusitado, diante das novidades que o novo coronavírus nos impõe.

O cenário de grave ameaça à vida causado pela Pandemia, revelou e continua revelando muito sobre a produção da vida na sociedade, suas interações com a natureza, o sistema econômico e o modo de produzir cuidado pelas redes de saúde. Neste sentido a pandemia é um dispositivo, tal como nos fala Deleuze (1990), que joga luz sobre a vida cotidiana, e revela de forma nítida e às vezes cruel o funcionamento da sociedade, a produção do mundo. Segundo o autor:

As primeiras duas dimensões de um dispositivo, ou aquelas que Foucault destaca em primeiro lugar, são as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. [...] Em terceiro lugar, um dispositivo comporta linhas de forças. Dir-se-ia que elas vão de um ponto singular a outro, nas linhas de luz e nas linhas de enunciação; [...]

agem como flechas que não cessam de entrecruzar as coisas e

as palavras, sem que por isso deixem de conduzir a batalha. [...] Finalmente Foucault descobre as linhas de subjetivação”. (Deleuze, 1990, pp. 1-2).

Como pode-se ver, segundo o autor, o dispositivo traz quatro dimensões, através das quais é possível fazer uma análise sobre o contexto que estamos vivendo. Considerando que a pandemia é nosso dispositivo de análise da realidade social, sua primeira dimensão diz respeito à visibilidade sobre o cenário social e sanitário, com capacidade de revelar os vetores que atuaram no plano social, para a produção da crise pandêmica.

Tornar visível o que no cotidiano não se enxerga, as linhas sutis por exemplo, de destruição da natureza, os movimentos micropolíticos do capital na atividade predatória de recursos naturais, o que ativa uma bomba relógio sobre o clima que pode disparar no futuro próximo. O Agenciamento da economia neoliberal, a ganância global, coloca sob forte perigo o conjunto das civilizações que habitam o planeta. O estado racista, o funcionamento dos sistemas de saúde, são questões que devem ganhar visibilidade a partir da pandemia, ou seja, ela vai jogar luz sobre o modo como a sociedade atua na defesa das vidas.

Uma segunda linha do dispositivo é a da enunciação, que supõe dar expressão aos acontecimentos, traz para a cena de análise os agenciamentos coletivos que atuam na sociedade produzindo o contexto da pandemia. Acoplado à visibilidade que a pandemia revela sobre o atual funcionamento da sociedade, o enunciado como outra dimensão do dispositivo “Pandemia”, se expressa por uma sequência linguística, que dá sentido ao acontecimento, revela seus contornos, e possibilita a produção de proposições e atos de fala sobre a própria pandemia.

A terceira dimensão proposta aborda as linhas de força, que operam atravessando instituições, organizações, grupos, pessoas, produzindo cenários marcados por relações sociais, políticas, disputas de projetos e poder. O jogo social permanente marcado pelo protagonismo de todos que se encontram na cena social, como por exemplo, as forças de mercado e sua ação na pandemia, conflitam com as linhas de defesa da vida que propõem medidas restritivas da atividade econômica como forma de evitar a aglomeração de pessoas, o que facilitaria a disseminação do vírus. Ou, da mesma forma podemos pensar as

forças negacionistas da ciência se debatendo contra as medidas protetivas contra o novo coronavírus, ou mesmo, as ideias antivacinas operando como linhas de força sobre os dispositivos de prevenção à doença de Covid-19.

A quarta dimensão diz respeito aos processos de subjetivação, efeito que se produz nos corpos a partir das experiências e do vivido com a Pandemia. O encontro com o vírus afeta e modifica o modo como cada pessoa percebe e dá sentido ao mundo da vida. Há um processo de produção de nova subjetividade a partir da experiência atual, e neste sentido, há a possibilidade de surgirem novas produções no plano do pensamento, e das construções societárias. As linhas de subjetivação são o limite do dispositivo, porque têm potência para agenciar o processo criativo, produção do novo. É como em um processo de desterritorialização (Rolnik, 2002), quando se abre uma fenda no território existencial, e novas experimentações de constituição de um novo mundo para si, com base em um movimento de reterritorialização, ou seja, produção de novo território existencial.

O movimento de subjetivação é um processo de produção de si, com base em novas subjetividades que se produzem sempre nos encontros no mundo da vida, pela experiência do vivido, é uma construção social e afetiva. No seu texto, Deleuze (1990, p. 2) vai se referir à ideia segundo a qual, o processo de subjetivação possibilita a construção de novos sujeitos, a partir da grande maioria constituída pelas pessoas que até então, não participaram de sistemas de dominação ou constituição de hegemonia social. A pandemia como dispositivo pode revelar esses processos de mudança da subjetividade, que podem potencializar mudanças no plano social e das relações na sociedade

A pandemia como dispositivo produz uma análise do funcionamento da sociedade e todo seu contexto, e ao mesmo tempo, uma análise reversa, de si mesma. Ou seja, os fatores que levam ao surgimento de um evento da sua magnitude, se localizam no plano social, e não na própria pandemia. Ela produz a crise sanitária, e ao mesmo tempo é produto do caos social criado pelos humanos. Entender estes fatores pode contribuir para promover rupturas necessárias no plano social e subjetivo, abrindo caminho para a construção de um devir que transforme o modo de vida atual, marcado pela ganância dos ricos, domínio sobre a natureza, discriminação, racismo, preconceito com as diferenças nos

modos de viver. Jogar luz para formar o entendimento da sociedade que produziu a atual Pandemia, significa analisar a crise de valores civilizatórios que destroem a natureza, negligenciam os riscos do negacionismo da ciência, e especialmente para muitas corporações, enxergam na pandemia uma oportunidade de negócios, começando por manter o modelo biomédico de cuidados à saúde, o que proporciona maiores ganhos econômicos, mas, envolve menor efetividade no enfrentamento à Covid-19.

Tomando a Pandemia de Covid-19 como um dispositivo que coloca em análise a própria sociedade em que vivemos, nos propomos em proceder a esta discussão a partir de quatro blocos de questões que seriam: 1ª. o aparecimento do novo coronavírus Sars-Cov-2 a partir do desequilíbrio ambiental, causado por intensas e sucessivas agressões à natureza, ocasionando uma irreversível “mutação climática”. 2ª. o neoliberalismo como propulsor de crises sociais e econômicas, com geração de miséria associada a regimes autoritários e necropolítica. 3ª. crises dos valores civilizatórios como o de solidariedade, associado ao negacionismo da ciência e necroativismo em políticas regressivas de proteção social. 4ª. sistemas de saúde sob hegemonia das corporações econômicas e profissionais, ineficazes no enfrentamento à pandemia de Covid-19; e a necessidade de reestruturação produtiva que coloque o território e a comunidade como centros deste enfrentamento.

Primeira - o aparecimento do novo coronavírus Sars-Cov-2 a partir do desequilíbrio ambiental, causado por intensas e sucessivas agressões à natureza, ocasionando uma irreversível “mutação climática”

No seu livro “Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno”, Latour (2020a) discute a quase incorrigível deterioração da natureza, provocada por contínua e intensa agressão humana, caracterizada por atividade predatória, poluição e extrativismo principalmente. Desde a revolução industrial a atividade humana é responsável pelo que o autor considera uma “mutação climática”, ou seja, uma mudança no clima de terra para a qual não tem retorno. A este período geológico denominou-se Antropoceno. Segundo Latour (2020b) a “mutação climática”, diferente da ideia de crise do clima, que poderia ensejar uma fase transitória à qual seria possível uma volta à situação anterior de

suposta normalidade, afirma que é uma posição sem retorno, ou seja, houve a mudança para um novo regime climático, e isto é definitivo.

Embora seja um consenso que a ação antrópica tenha levado à crise ambiental atual caracterizada principalmente pelo aquecimento global, é importante delimitar de forma mais precisa o grau de responsabilidade que cabe neste fenômeno, pois nem todos os humanos participaram da atividade destrutiva deste então. Por exemplo, os indígenas, caiçaras, ribeirinhos, quilombolas, estão entre os grupos populacionais que vivem em conexão harmônica com a natureza, e a protegem, assim como à vida. O humano é um conceito universal, mas “deve ser dividido em vários povos distintos, dotados de interesses contraditórios, de territórios em luta, e convocados sob os auspícios de entidades em guerra – para não dizer divindades em guerra” (Latour, 2020a, p. 197).

Sendo assim, a mudança climática na terra não pode ser imputada a todas as pessoas, mas àqueles que insistem em atividades extrativistas, produtivas com emissão de gases tóxicos na atmosfera, e toda forma de agressão que supõe a queima de matas, envenenamento do solo de água por agrotóxicos, etc...

O cenário de deterioração do clima na Terra tem sido alarmante. Segundo Danowski e Viveiros de Castro (2017), há alterações significativas em processos biofísicos do planeta, que se ultrapassados, acarretaria alterações ambientais insuportáveis para diversas espécies; assim como há grave degelo das camadas de gelo nas extremidades da terra. Os índices que vêm sendo monitorados, surpreendem pela antecipação dos cenários previstos para as alterações climáticas e ambientais do planeta. Em geral há uma antecipação para as previsões do clima.

Mas, o que isto teria a ver com a pandemia? Sabe-se que há milhares de vírus existindo na natureza, e possivelmente o atual causador da Covid-19 estivesse em perfeito equilíbrio com o ambiente até então. O desequilíbrio ambiental leva a uma desorganização na interação entre espécies, e que por acidente, uma espécie escape do seu habitat natural para interagir com o ser humano. Por exemplo, a comissão da Organização Mundial de Saúde para investigar a origem do Sars-Cov-2 causador da atual pandemia, foi para Wuhan, China, em março de 2021 para este estudo. Ao final da pesquisa considerou três diferentes hipóteses, para o surgimento do novo coronavírus, sendo que a mais

provável é que tenha ocorrido o chamado efeito “spiller”, um “transbordamento”, isto é, quando um vírus salta de uma espécie para outra, neste caso, de algum animal silvestre para o ser humano.

Podemos inferir que essa transmissão está relacionada ao fator ecológico, mutação climática, e desequilíbrio ambiental que provocam migração de espécies, interações indesejadas com transmissão de novos agentes etiológicos de novas doenças ao ser humano. Isto coloca o alerta para a humanidade, de que é necessário cuidar da preservação da natureza, assim como se cuida da vida humana.

Segunda: o neoliberalismo como propulsor de crises sociais e econômicas, com geração de miséria associada a regimes autoritários e necropolítica

A pandemia revela de forma contundente os graves problemas de desigualdade social, e o modo como o projeto neoliberal abandona as populações de maior vulnerabilidade. Isto se manifesta, por exemplo, nas decisões governamentais que requerem o contínuo trabalho das pessoas no período da Pandemia, mesmo que isto signifique exposição ao vírus, e possibilidade de adoecimento por Covid-19.

No cenário pandêmico e mesmo entre centenas de milhares de mortos pela Covid-19, os liberais sustentam a narrativa segundo a qual, era necessário salvar a economia, mesmo que isto custasse vidas. Contrapuseram este discurso, ao que propunha o isolamento social como uma das medidas de proteção contra a Covid-19, comprovadamente a mais eficaz e recomendada pela Organização Mundial de Saúde. É como se uma parte significativa das vidas, especialmente as que estão mais expostas à carência econômica, desemprego, insegurança alimentar, ou seja, as vidas precárias, fossem descartáveis. Esse abandono aos grupos e pessoas de pouca renda, ou, que não se inserem no modelo consumista da sociedade capitalista obedecem a uma razão neoliberal, que só valoriza as vidas dedicadas à produção de capital, corpos cujo valor é medido pelo que têm de acúmulo econômico. Ou seja, os de baixo “capital humano” são corpos matáveis, o que justifica a incúria com o adoecimento e morte de grande parte da população, a violência extrema contra comunidades periféricas, e outras ações regressivas em direitos sociais.

O “capital humano” é um conceito proveniente do neoliberalismo que significa o corpo naquilo que ele representa de valor econômico. Segundo Foucault (2008) para o sistema neoliberal o corpo é monetarizado, ou seja, se atribui um valor ao corpo, tendo por referência sua origem social, raça, capacidade de consumo, formação escolar, relações sociais, inserção no mundo das trocas de mercadorias etc. A remuneração que ele obtém pelo seu trabalho é considerada “renda”, e é medida pelo valor simbólico atribuído a este corpo, tendo sempre por referência as múltiplas variáveis que o definem. Para este mesmo sistema de economia neoliberal, o corpo tem valor como “empreendedor”, ou seja, cada uma e cada um deve participar de um sistema de empresariamento de si mesmo, e deve ser capaz de produzir novo capital a partir do que ele já tem acumulado, contribuindo assim para a produção de novos valores-mercadorias, participando do ciclo de acumulação social.

As vidas que não são produtoras de novo capital, que negam o empreendedorismo econômico, elitista e competitivo, não participando do ciclo de acumulação de riquezas, são consideradas vidas matáveis, corpos descartáveis. Por isto que as centenas de milhares de mortes no contexto da pandemia no Brasil, com maior incidência entre pobres e negros, a extrema violência a que são submetidas comunidades nas periferias das grandes cidades, e outros agrupamentos igualmente dissidentes e resistentes ao projeto neoliberal, não constroem o governo. A necropolítica governamental é direcionada a estes grupos, trata-se de eliminar corpos “não rentáveis”.

É com este conceito que o capitalismo empreendeu nas últimas décadas uma grande reestruturação no mundo do trabalho, agenciada sobretudo pela construção de um novo ideal de pessoa, que sob a ideia de “empreendedor de si mesmo”, é submetida a jornadas estafantes de trabalho, sem proteção social ou previdenciária, sob a falsa ideia de liberdade. Verifica-se, portanto, um processo de superexploração do trabalho, aumentando a margem de ganhos e lucro dos que controlam os sistemas produtivos.

Se produz um discurso que tenta convencer as pessoas de uma maior inclusão na economia liberal global, mas que ao mesmo tempo ela é excludente, elitista, é um mundo para poucos, porque o sujeito passa a fazer parte de uma máquina que serve para remunerar as grandes corporações econômicas. Ao mesmo

tempo, cria no mundo uma brutal exclusão de pessoas que não pretendem se inserir neste sistema produtivo e de trabalho, ou que optam por organizar para si uma outra forma de vida, fora dos padrões liberais que impõem estes regimes de servidão.

O projeto neoliberal atual não tem por objetivo apenas uma economia privatista e gananciosa, associada a um regime político autoritário, ele quer construir uma subjetividade liberal com base na concorrência. O sujeito liberal hoje é o sujeito da concorrência, é assim que a proposta pretende ganhar a alma de cada pessoa e se consolidar como hegemônica. Se para o neoliberalismo cada corpo é uma vida empreendedora, eles concorrem uns com os outros, esgarçando a solidariedade supostamente existente anteriormente. A “uberização”, expressão cunhada pela característica de um trabalho informal e controlado remotamente por aplicativos, tem se difundido em muitas áreas especialmente de prestação de serviços. É a expressão mais acabada do “sujeito da concorrência”, pois uma legião de trabalhadores sem vínculo empregatício e proteção social, longas jornadas de trabalho, baixa remuneração, ao invés de verem no outro um igual com o qual deve ter solidariedade, o vê como um concorrente. O projeto neoliberal produz um processo de subjetivação cujo centro é a destruição da ideia de coletivo entre os sujeitos do trabalho.

A ruptura de laços de solidariedade, de uma subjetividade generosa entre as pessoas, dá lugar ao adversário, porque concorre no campo do mercado de serviços ao qual este corpo se inseriu como um “capital humano”. Importante perceber que o neoliberalismo disputa o lugar de hegemonia na sociedade, ao operar na micropolítica da organização do trabalho, o cotidiano das relações, e tenta assim produzir uma subjetividade capitalística, que passa a alimentar o novo modo dos trabalhadores estarem no mundo.

A pandemia joga luz sobre este sistema, e revela o quanto a nova forma de organização do trabalho produz vulnerabilidade. São centenas de milhares de pessoas vivendo de trabalho informal, sem nenhum tipo de proteção, e que foram severamente atingidas pela crise sanitária e social que se instalou. Por outro lado, a desigualdade coloca as pessoas em planos diferentes de proteção, tendo, portanto, maior ou menor oportunidade de adoecer, viver ou morrer. A biopolítica neoliberal é incapaz de proteger a população, defender a vida, nestes termos passa a ser uma necropolítica.

O enfrentamento da pandemia depende em primeiro lugar de recuperar os laços de solidariedade na sociedade, rompidos com o projeto neoliberal. Comunidades onde isto ocorre, têm tido mais sucesso no combate à Covid-19, justamente porque o ser solidário significa a disposição para se reunir ao outro, e produzir o comum entre ambos. O comum é o núcleo onde se produzem as ações de autoproteção e autocuidado entre grupos, e é potencializado pelo encontro que proporciona a soma das potências entre os que se encontram.

Em segundo lugar vem as providências por recursos necessários à proteção das vidas frente ao novo coronavírus, e passa inicialmente por um bom sistema de comunicação, orientação, escuta e atos de fala, que vão reunindo soluções não-farmacológicas para o cuidado às pessoas. Sem a solidariedade os recursos são desigualmente distribuídos, promovendo iniquidades entre os grupos populacionais, extratos econômicos, diferenciando o valor de umas vidas sobre as outras.

A solidariedade passa a ser a principal categoria política a ser discutida no âmbito da pandemia, porque ela é capaz de agenciar novas formas de conduta entre os grupos. É o principal antídoto ao projeto neoliberal, que só se instaura nas comunidades quando os laços de amizade e generosidade foram destruídos, e o sujeito solidário se subjetiva para o sujeito da concorrência. O processo de subjetivação capitalística neoliberal se produz sobre a necessidade de produzir uma vida, e o desejo de liberdade, e o senso de oportunidade. Mas, tudo isto se transforma em maior instrumentalização do corpo, que se reduz a uma máquina de produzir capital, e uma vida prisioneira da servidão.

Terceiro: crises dos valores civilizatórios como o de solidariedade, associado ao negacionismo da ciência e necroativismo em políticas regressivas de proteção social

Segundo Morel (2020), o termo negacionismo foi usado a primeira vez para retratar os discursos que negavam o holocausto na segunda guerra mundial, há ainda os que negam a escravidão, outros o aquecimento global e a ciência. Não se trata de uma revisão histórica apenas, mas de produzir informações que vão atender a interesses políticos ou econômicos. Sua origem remonta aos anos 1950 quando a indústria de tabaco começa a negar o mal que o hábito tabagista

fazia à saúde humana. Algumas décadas depois, nos anos 1980, o negacionismo é também um recurso utilizado por grandes indústrias para negar os efeitos da emissão de gases tóxicos no ambiente, como fator de aquecimento global, e deterioração do clima no planeta. Então, vamos verificar que negar evidências científicas não tem se dado por idiotice, ou desconhecimento de causa, mas se trata de uma estratégia de defesa de interesses da economia liberal, de grandes corporações econômicas, e agrupamentos políticos, ou seja, é parte de um projeto de construção social e econômica da sociedade.

No contexto de uma crise sanitária da magnitude da atual pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus, com a ameaça à saúde e vida de milhões de pessoas, o negacionismo da ciência atual se transforma em necroativismo. Ou seja, os que negam a ciência, negam também as medidas protetivas de defesa das pessoas frente ao vírus, assim como empreendem um movimentado ativismo contra as vacinas, promovem aglomerações aumentando a exposição das pessoas ao vírus, e criticam constantemente o uso de máscaras e a prevenção à Covid-19. O que vemos, portanto, pode ser caracterizado como uma política de produção de morte, um necroativismo.

Durante a pandemia o mundo assistiu a cenas chocantes, que em nada aparenta estarmos vivendo no século XXI, como corpos jogados nas ruas de Guayaquil no Equador em abril de 2020; e a morte por falta de oxigênio em alas inteiras em hospitais de Manaus em janeiro de 2021. Dois lugares que ilustram o quanto negar os altos riscos da doença, pode levar a situações extremas. Na pandemia de modo geral se observa um movimento em que a biopolítica de proteção à vida, “fazer viver”, passa a uma necropolítica, “fazer morrer”, mediados pela racialização da pandemia, e subalterização das mortes, tal como uma política de produção de morte, a Necropolítica, segundo Mbembe (2018).

Abaixo, os dados falam por si sobre a necropolítica na pandemia:

Nos Estados Unidos, primeira nação das Américas a ver a escalada dos casos, a desproporção é gritante. Embora 18% da população do país seja negra, 52% dos casos e 58% das mortes por Covid-19 são de pacientes negros, segundo um relatório da amfAR publicado no início de maio. Em estados como Geórgia, Louisiana e Alabama, as disparidades são ainda maiores, conforme mostra o Centro de

Controle e Prevenção de Doenças (CDC): na Geórgia, 83% dos internados são negros, que correspondem a 32% da população; em Louisiana, estado com 33% da população negra, as mortes afroamericanas equivalem a 70%; e, no Alabama, a proporção de mortes é de 44% em uma população de 26% (Marasciulo, 2020).

No Brasil, “Um estudo liderado por pesquisadores da PUC-Rio e divulgado no último dia 27 de maio [2020] evidencia ainda mais essas disparidades. Em termos de óbitos por Covid-19, pessoas sem escolaridade têm taxas três vezes maiores (71,3%) em relação àqueles com nível superior (22,5%). Combinando raça e índice de escolaridade, o cenário fica ainda mais desigual: pretos e pardos sem escolaridade morrem quatro vezes mais pelo novo coronavírus do que brancos com nível superior (80,35% contra 19,65%). Considerando a mesma faixa de escolaridade, pretos e pardos apresentam proporção de óbitos 37% maior, em média, do que brancos (idem, ibidem).

A Pandemia revela com nitidez e crueldade de um estado racista, que aponta sua política de morte preferencialmente aos negros e pobres. Souza (2017) considera que todos os excluídos sociais são vítimas de racismo, não apenas negros, mas também os pobres, submetidos a todo tipo de violência física e simbólica.

Quarto: sistemas de saúde sob hegemonia das corporações econômicas e profissionais, ineficazes no enfrentamento à pandemia de Covid-19; e a necessidade de reestruturação produtiva que coloque o território e a comunidade como centros deste enfrentamento

Quando a luta para a Covid-19 nos territórios, que se trava por medidas não farmacológicas de proteção e cuidado, restam os hospitais para os que apresentam sintomatologia avançada de déficit respiratório, são eles a retaguarda necessária para estes casos. A assistência hospitalar, embora salve vidas que estão sob risco imediato, não consegue alterar o quadro de transmissibilidade da infecção e suas repercussões na dinâmica de evolução da pandemia. Fator que seria enfrentado pela atuação da Atenção Primária associada a toda Rede Básica de Saúde, em conexão com os territórios e sua população. Isto, sim, poderia

aumentar a potência de enfrentamento ao coronavírus, com base em uma grande mobilização das comunidades, bem orientadas e ativadas para o esforço coletivo, solidário, de proteção e cuidado em relação à doença.

A Rede Básica de Saúde existe em muitos lugares como potência, que não se efetiva em todo seu potencial, porque com ela disputam os sistemas biomédicos, instrumentalizados por interesses macro e microeconômicos de ganhos com alto consumo de instrumentos para diagnose e terapias (Merhy, 2002), apoiados em uma matriz conceitual de prática clínica, restrita ao campo biológico, tal como propõe o modelo flexneriano (Pagliosa & Da Ros, 2007). A experiência de alguns países no enfrentamento da pandemia vem mostrando o acerto no uso intenso de recursos da Atenção Primária e da Rede Básica, que foram facilitadores para testagem em massa, orientação e mobilização da comunidade para os esforços conjuntos contra os avanços do coronavírus.

Como por exemplo a Nova Zelândia após identificação de transmissão comunitária do coronavírus fez sua aposta no uso prioritário de Intervenções não Farmacológicas (NPIs - Sigla em inglês para “non-pharmacological interventions”), em escala nacional, por 31 dias entre 25 de março e 27 de abril de 2020. Segundo Huang et al. (2021):

Estes [NPIs] incluíram (1) o bloqueio da importação do vírus (fechamento de fronteiras para não neozelandeses e quarentena de 14 dias para viajantes que retornam); (2) a eliminação da transmissão dentro da NZ (testes generalizados, casos isolados, rastreamento de contato e quarentena de pessoas expostas); (3) medidas de distanciamento físico (pedidos de permanência em casa, cancelamento de todos os encontros, fechamento de escolas, negócios não essenciais e todos os locais públicos e restrição de viagens domésticas); (4) medidas individuais de prevenção e controle de infecções (promover a higiene das mãos e a etiqueta da tosse, ficar em casa com sintomas respiratórios leves e usar máscaras se não estiver bem); e (5) comunicar risco ao público e a diversos interessados (Huang et al., 2021, p. Web).

Segundo o autor, a aplicação destas Intervenções não Farmacológicas (NPIs), combinados com a adesão da comunidade às medidas, eliminou efetivamente a transmissão comunitária da Covid-19.

Em uma situação como a que se verificou em 2020, em que não há medicação para cuidado da população, a forma de proteção contra a doença é prioritariamente através de implantação de NPIs, como a experiência comprova. O sucesso da Nova Zelândia na aplicação das NPIs está associado a uma forte conexão com a população, mobilização de recursos técnicos, comunicacionais, instrutivos, apoiados também em tecnologias sociais. Este conjunto garantiu ampla adesão às medidas adotadas.

O debate a seguir pretende discutir este tema entendendo que o cenário de enfrentamento da pandemia se constitui de tensões sobre os serviços de saúde, causadas pela extensão da doença de Covid-19, e o agudo e infindável sofrimento de grande parte da população, sem encontrar uma resposta eficaz capaz de parar este processo. Procuramos no paradoxo entre a alta visibilidade dada aos procedimentos hospitalares para o tratamento da doença, e a quase invisibilidade dos esforços feitos no campo da Atenção Primária, analisar os fatores que produzem este contraditório. Supostamente isto se vincula ao imaginário presente na população que associa o cuidado ao consumo de alta tecnologia, subestimando os serviços de referência territorial, que então ficaram invisíveis para os órgãos que difundem o noticiário à grande população.

Entende-se que além das modelagens que tomam a esfera organizacional das redes de cuidado, ao observar o cotidiano, a micropolítica do trabalho percebemos que ela agrega além das tecnologias, uma dimensão imaterial e subjetiva no emaranhado de atividades que ocupa os cenários de práticas de cuidado. Por isto mesmo a dimensão relacional do trabalho, os encontros no território, são fundamentais para o cuidado, potencializando inclusive os grupos comunitários para a autoproteção, colaboração entre si, enfim, autogestão da vida individual e comunitária. Isto é fundamental para o sucesso no esforço de enfrentamento da pandemia. Na frente das ações se encontra a diretriz mãe deste processo, a solidariedade.

A Necessária Reestruturação Produtiva na saúde no contexto da pandemia

A pandemia está deixando um legado preocupante, um número exacerbado de pessoas em condições crônicas, proveniente de sequelas da Covid-19. Se antes

da pandemia já era importante organizar serviços de fortalecimento dos cuidados aos crônicos em função do aumento inercial de cronicidade na população, por alteração do perfil etário, caracterizado pelo aumento dos grupos de idosos em relação à população geral, os dados recentes sobre a doença de Covid-19 nos informam a necessidade de maiores investimentos em serviços de saúde que aumentem a eficácia e eficiência na atenção às condições crônicas. Este quadro leva à necessidade de maiores e robustos investimentos na Atenção Primária e Rede Básica. Além de recursos de sustentabilidade material e funcionamento da rede, é necessário investimento em recursos imateriais, como Educação Permanente, Dispositivos de Acolhimento, Constituição de Redes de Cuidado, isto é, a conexão e fluxo entre trabalhadores, e processos que ativem nos coletivos de trabalhadores o desejo de produzir as “linhas de cuidado”, com alto grau de resolutividade, garantia de acesso e acolhimento às necessidades dos usuários. Há uma produção subjetiva do cuidado (Franco, 2007) que se apoia no desejo como força propulsora que coloca os trabalhadores em movimento, para produzir um cuidado que seja eficaz.

A vontade tem sido um recurso fundamental para a gestão de serviços de saúde, porque se vincula à ideia de que a subjetividade deve levar a uma maior implicação do trabalhador com os processos de cuidado. Manter uma permanente mobilização dos trabalhadores implica em fortalecer as atividades educacionais nas redes de saúde, tomando a ideia de que a pedagogia aplicada em serviços deve operar ao mesmo tempo processos de cognição, associado aos processos de subjetivação. Isto significa em primeiro lugar compreender que o encontro entre trabalhadores e usuários nos cenários de produção do cuidado, são também lugares de produção pedagógica, ou seja, o encontro no cenário de trabalho, em si mesmo, produz conhecimento, e intensa aprendizagem; e segundo significa que a prática da Educação Permanente é uma aposta na mudança dos sujeitos, com base nos afetos a que são expostos pela sua própria experiência prática, pelo vivido nas práticas de cuidado.

Alguns países começaram em 2020 a fortalecer ou criar serviços de reabilitação motora para atender à emergência de cuidados a pessoas com sequelas, decorrente da Covid-19 pós aguda. Por exemplo, na Itália, a Sociedade Italiana de Medicina Física e de Reabilitação (SIMFER) admite o aumento desta demanda e

sugere “prevenir as principais complicações incapacitantes das condições agudas e comorbidades, para apoiar a obtenção da estabilidade clínica e para planejar a via clínica a seguir” (Boldrini, 2020, p.316). Ao mesmo tempo, propõe serviços de reabilitação, territorialmente referenciados, com possibilidade de atenção domiciliar, ou “teledomiciliar”, como forma de mitigar os efeitos da Covid-19, reduzir e atrasar a necessidade de leitos hospitalares. Vemos na proposta de serviços territoriais de fisioterapia como o sinal de que, este seria o caminho a ser seguido, fortalecimento do território como o lugar prioritário para as ações de cuidado, em várias áreas e serviços. O território seria o lugar de maior alcance e efeito no esforço de cuidado à população.

Esta é uma importante iniciativa, digamos que, o início de um processo que ainda vai se desenvolver de forma bastante significativa, pois, quanto mais se conhece da doença Covid-19 e do coronavírus, mais se sabe dos grandes danos que causam ao organismo humano e sua funcionalidade.

Iniciativas que levam a um maior aporte de recursos para o financiamento da saúde, assim com novos serviços são importantes. Mas, é necessário também investir em uma reestruturação produtiva, ou melhor, reconhecer que a pandemia antecipou uma reestruturação produtiva no setor.

A ‘reestruturação produtiva’ é a resultante de mudanças no modo de produzir o cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais (Merhy & Franco, 2009).

Os sinais vêm do 1. uso maciço de tecnologias de inteligência para organização do “telecuidado” nas suas várias e diferentes versões, aos usuários durante a pandemia. Estes sistemas estão se consolidando e se tornando rotina nos serviços de saúde, com importantes efeitos no aumento da capacidade de atendimento, maior frequência no contato com usuários, e impacto na organização do processo de trabalho, com por exemplo, adoção de jornada híbrida aos trabalhadores que participam do projeto de teleassistência. 2. maior protagonismo dos usuários na produção do cuidado, visto que estes em muitos lugares tiveram um ativismo importante em suas comunidades, pautados pela

solidariedade, construíram sistemas de autoproteção comunitária. Soluções inusitadas para a continuidade do cuidado foram criadas, como por exemplo, a organização de oferta de alimentos e material de higiene, fabricação doméstica de máscaras, uso de Whatsapp para o contato permanente com usuários. 3. maiores cuidados com a biossegurança, que até então era um tema restrito a especialistas, passa a ser de domínio público, das conversas cotidianas, em casa e na vizinhança. Enfim, os cuidados com higiene, transmissão do vírus, proteção de si e dos outros, é conhecimento adquirido durante a pandemia, e hoje apropriado por grande parte da população, que, além de saber, opinam sobre estas questões.

Considerações finais

O que é um dispositivo? Esta pergunta feita por Deleuze (1990) produziu um conceito que nos auxilia a um processo de intenso debate e análise do contexto da Pandemia de Covid-19. Em particular buscamos dar visibilidade a alguns aspectos do mundo da vida, individual e comunitária, que ganham maior relevo no contexto da pandemia. Especialmente grave é a “mutação climática” do planeta que leva a sucessivas crises ambientais, de onde provém o novo coronavírus. Importante anotar que a mudança no clima e todo desequilíbrio geofísico da Terra, decorre de ação antrópica, sistemática durante mais de 200 anos. O seu impacto é tão significativo que foi denominado como um novo período geológico chamado Antropoceno. A pandemia revela com nitidez este grave problema.

Assim como foi possível analisar a partir do dispositivo “pandemia” os efeitos do projeto neoliberal que se tornou hegemônico em vários países, com fortes consequências para a conformação social e produção de novos sujeitos. Tal questão se torna especialmente importante e grave no contexto atual, revelado pela pandemia, porque há uma maior discriminação dos pobres, ou melhor, pessoas de baixo valor no seu “capital humano”. A crueza e insensibilidade de uma sociedade neoliberal ganham contornos nítidos com a pandemia.

Da mesma forma, o negacionismo da ciência como forma de disputar o projeto político de enfrentamento da pandemia, se revela a face mais cruel do que se vive na pandemia de Covid-19. O negacionismo aparece como um projeto político, para garantir as diretrizes de grandes corporações econômicas, e grupos políticos,

interessados na continuidade das atividades econômicas, para não reduzir seus vultosos ganhos em produtividade, transformados em lucros bilionários. Tudo isto, em detrimento das centenas de milhares de mortos na pandemia.

Por fim, a pandemia revela a extrema necessidade de sistemas de saúde centrados em serviços de referência territorial, associados às respectivas comunidades. Este é por excelência o lugar prioritário de produção do cuidado, onde é possível obter a maior eficácia em geral, e em particular no enfrentamento da pandemia. É no território onde a população se encontra e vive, faz sua luta diária, e é possível amarrar os laços de solidariedade, para somar as potências dos grupe e pessoas e assim, serem vitoriosos na defesa das vidas.

A pandemia seguia ainda seu curso, e tem resistido às formas atuais de proteção, inclusive neste momento as vacinas demonstram a necessidade de doses de reforço após 6 meses de imunização. A sociedade precisa de uma mudança radical, os serviços de saúde de acesso universal, financiamento estatal precisam se fortalecer, e para isto é importante que a sociedade se aproprie da política de saúde pública, como algo que lhe pertence, e seja o seu grande patrimônio para a defesa da vida. Só uma forte mobilização da sociedade associada a uma reestruturação produtiva na saúde, podem lançar os sistemas universais a um patamar em que se tornem de fato consolidados como a grande política de proteção à vida.

Referências

- Boldrini, P., Bernetti, A., Fiore, P. (2020), Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med* ; 56(3), 316-318. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-8822>
- Deleuze, G. (1990). ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. <http://escolanomade.org/2016/02/24/deleuze-o-que-e-um-dispositivo/>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 244.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica: curso dado no College France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, T. B. (2007). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)* 11 (23). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>
- Huang, C. et al. (2021). 6-Month Consequences of Covid-19 in Patients Discharged from Hospital: a Cohort Study. *Lancet*, 16, 397(10270), 220-232. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study - PubMed (nih.gov)
- Latour, B. (2020a). *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. São Paulo: Ubu editora.
- Latour, B. (2020b). *Onde Aterror?: como se orientar politicamente no Antropoceno*. Rio de Janeiro: Bazer do Tempo.
- Maracisculo, M. (2020). Na pandemia de Covid-19, negros morrem mais do que brancos. Por quê?. *Revista Galileu*. <https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/05/na-pandemia-de-covid-19-negros-morrem-mais-do-que-brancos-por-que.html>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2021). Reestruturação Produtiva na Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz: Rio de Janeiro: 2021. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2009). Reestruturação Produtiva em Saúde. In. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. Hucitec: São Paulo.
- Morel, A. P. M. (2021). Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 19, e00315147, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100404&lng=pt&nrm=iso
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Ed. Médica*, 492, 32(4), 492-499.
- ROLNIK, S. (1989). *Cartografia Sentimental*. Editora Estação Liberdade: São Paulo.
- SOUZA, J. (2017). *A Elite do Atraso: da escravidão à Lava Jato*. Editora Casa da Palavra: Rio de Janeiro.

A PESQUISA-AÇÃO EMANCIPATÓRIA E A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE NITERÓI-RJ

Daniely Quintão Fagundes

Introdução

O cotidiano do cuidado à saúde é por excelência um espaço de encontros, da relação de quem cuida com quem é cuidado, das trocas de afetos e experiências mútuas, realizadas com o objetivo de atendimento às demandas de saúde das pessoas. Sob o olhar da micropolítica, o processo de trabalho dos profissionais se organiza a partir do cotidiano vivido nos serviços de saúde pelas pessoas que constroem esses espaços, seja nas Unidades de Saúde, nos hospitais, nos territórios, ou em quaisquer outros lugares de produção da vida.

Considerando que o processo de trabalho no cuidado à saúde tem como principal característica a centralidade no Trabalho Vivo (Merhy, 2002), faz parte da atividade dos trabalhadores da saúde, que contando com a relativa liberdade do seu processo de trabalho, o uso da criatividade e da inventividade, para encontrar soluções para os problemas das pessoas.

No município de Niterói-RJ, um grande desafio na saúde tem exigido bastante esta inventividade: o envelhecimento populacional, que consigo traz o aumento das doenças crônicas, e ao mesmo tempo leva ao aumento da demanda, e a necessidade de fortalecimento da capacidade de resposta das redes de saúde para o cuidado ao crônico, seja na Atenção Básica, ou outros níveis de atenção. Ademais, escancara-se a forma fragmentada como se organizou a atenção à saúde no Brasil, como sistema em torno de dois polos: a Atenção Básica de um lado, e a Rede Hospitalar de outro, estratégia esta, vista como insuficiente para a efetivação do cuidado integral à saúde no SUS (Paim, 2015). Essa questão torna necessário um sistema de integração entre estes polos, assim como o reconhecimento de vários outros pontos de assistência, que levam a que o cuidado aconteça sempre em rede (Franco, 2006). É neste contexto que discutimos o Cuidado Intermediário

(CI), entendido enquanto uma nova ferramenta de fortalecimento do trabalho e cuidado na Atenção Básica e outros serviços de referência territorial.

A inovação sob a forma de CI que propomos para a condução do cuidado ao crônico, se coloca nesse lugar polarizado, e tem como objetivo cuidar da população crônica que agudiza e necessita de um processo de recuperação semi-intensivo, ou, egressos de internação que necessitam de reabilitação para ganhos de autonomia e retorno para residência. Uma das estratégias mais adotadas ao redor do mundo para o enfrentamento deste tipo de problema, principalmente em sistemas com modelo universal, tem sido o investimento nos CI.

Na Itália, país que possui uma grande experiência com Hospitais Comunitários que praticam o CI, o que tem se observado são serviços com possibilidade de cuidado baseados em tecnologias leves e de gestão multiprofissional, tendo como principais objetivos: o desenvolvimento da máxima autonomia de seus usuários e cuidadores, por meio de formação, orientação e outros recursos que possibilitam a melhor gestão quanto possível das condições clínicas e terapêuticas, e reconhecimento precoce de eventuais sinais, sintomas e instabilidades (Regione Emilia-Romagna, 2015).

Os CI podem ser construídos a partir de diversos dispositivos como, os programas de internação e atenção domiciliar, hospitais-dia, hospitais comunitários, cuidados prolongados, paliativos, entre outros, fundamentado a partir de intervenções realizadas por equipes multiprofissionais com o objetivo de promover autonomia e protagonismo dos usuários diante de seus processos de adoecimento.

Dessa maneira, com o objetivo de construir uma experiência de CI, foi elaborado um projeto em cooperação com a Região da Emilia-Romagna (RER) na Itália, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para implantação em Niterói do assim chamado Projeto RERSUS, um acrônimo que significa Região Emilia-Romagna e Sistema Único de Saúde.

Este projeto se inspirou na experiência de um Hospital Comunitário da RER e se estruturou inicialmente num componente de formação para trabalhadores em saúde, através de cursos coordenados pelas instituições participantes do projeto. Assim, um curso transcorreu simultaneamente para trabalhadores e gestores do SUS-Niterói, SUS-Nova Friburgo e em Bologna-Itália para trabalhadores da RER,

durante o ano de 2019. Ao mesmo tempo foi conduzido um curso de educação popular em saúde fundamentado em metodologias participativas de pesquisa, neste caso o projeto foi “Pesquisa Ação Participativa e Emancipatória” (PAPE), junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e lideranças comunitárias do SUS-Niterói, de modo a formar o grupo a respeito da temática CI, e também conhecer de maneira mais aprofundada as realidades locais das comunidades do município, e suas necessidades quanto aos cuidados, em particular com os crônicos. No ano de 2020, o projeto teve suas atividades voltadas para o acompanhamento dos processos de trabalho dos ACS no contexto de enfrentamento à pandemia da Covid-19 no Município de Niterói. No presente texto discutiremos a experiência junto aos ACS e lideranças comunitárias no ano de 2019.

Metodologia

A presente proposta faz parte de um projeto maior intitulado “A Pesquisa Emancipatória sobre o papel do Hospital Comunitário e o cuidado às pessoas com doenças crônicas” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal Fluminense (CEP-UFF) sob o número 3.967.111, atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

Esta pesquisa se insere no âmbito dos estudos qualitativos em saúde e educação e se caracteriza como uma pesquisa ação-participativa de cunho emancipatório (PAPE) fundamentada no referencial metodológico de Lowerson (2014) e de Paulo Freire (1967; 1972). Essa opção metodológica reconhece a produção de conhecimento por meio de processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos por meio da criação de estratégias e ações para promover processos de mudança, realizados em conjunto pelos participantes da pesquisa e membros de uma comunidade. Opta assim, pela produção de saberes onde os maiores interessados possam se beneficiar do conhecimento produzido e qualificar a vida, a saúde, a sociedade como um todo, de forma a ampliar perspectivas e produzir novas possibilidades.

Neste sentido, a PAPE tem por finalidade colocar em evidência a experiência daqueles diretamente envolvidos nas situações vividas no cotidiano, de modo a possibilitar a problematização, reflexão, articulação,

transformar sistemas e aprender em conjunto, como coletivos. Essa proposta reconhece a complexidade das relações e a probabilidade de resultados inesperados frente aos processos de investigação e assume as incertezas e eventuais necessidades de reorientação, buscando contemplar as emergências do processo vivido (Lowerson, 2014).

A experiência com a PAPE no presente estudo aconteceu em três fases e o presente artigo relatará os acontecimentos das fases 1 e 2, e para essas foram utilizadas duas ferramentas qualitativas: entrevistas não estruturadas e rodas de conversa.

- Primeira fase da pesquisa – Esta etapa envolveu 23 participantes recrutados junto aos Conselho Municipal de Saúde, e a coordenação dos ACS's, e teve como objetivo a identificação dos serviços de saúde disponíveis em Niterói, e das modalidades de assistência, principalmente em relação às doenças crônicas. Além disso, foi formado um grupo consultivo composto por professores do curso de Medicina e Enfermagem da UFF, uma doutoranda do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da UFF, um médico especialista em pesquisas emancipatórias, alunos de graduação, e um consultor da Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO) da Itália, e sua representante no Brasil, a Organização Brasil Saúde e Ação (BRASA). O objetivo desse grupo consultivo foi de fornecer apoio técnico e acadêmico à investigação emancipatória. É importante destacar ainda que, o processo de seleção dos participantes nesta fase foi diferente das abordagens positivistas, pois a PAPE utiliza uma organização proposital de um grupo homogêneo ou de um grupo com condições compartilhadas (Lowerson, 2014), além disso, todos os participantes tinham mais de 18 anos, e se enquadram em alguma das categorias seguintes: profissionais de saúde, profissionais da assistência social, representante de sociedade civil, estudantes de graduação/ pós-graduação, ou usuários do SUS.

- As atividades da segunda fase: O grupo formado pelos líderes comunitários e ACS's participaram de um curso baseado em metodologias de pesquisa participativas e emancipatórias, incluindo identificação de problemas, raciocínio sobre causas e criação de “árvore de problemas” entendidas como técnicas para submeter questões, promover discussões e garantir a participação de grupos marginalizados e oprimidos na produção, coleta e análise das informações da pesquisa.

O levantamento dos temas geradores para os encontros: Conforme a proposição freireana (Freire, 1972) foi a situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações populares e comunitárias, que viabilizaram a organização do conteúdo programático das rodas de conversa, que ocorreram durante o curso. Esse conteúdo foi construído coletivamente por todas as pessoas participantes da pesquisa. Para tanto, foi realizado um primeiro encontro que teve como finalidade o levantamento do universo temático e dos temas geradores, bem como a definição do número de encontros, horários, dias, tempo de duração, num processo de contratualização e cogestão, que são as bases fundamentais para o funcionamento da PAPE. A escolha dos temas que foram abordados nos encontros subsequentes se deu conforme a proposta de Freire (1967) no teor pragmático do tema que, implica também em promover espaços de maior pluralidade de engajamento em diálogo com uma dada realidade social, cultural, política, sempre por meio da reflexão a partir de casos reais de cada região de saúde, das dificuldades e realidades vivenciadas por cada participante em relação ao cuidado em saúde, em especial dos crônicos.

Foram investigadas situações-problema vivenciadas nas realidades locais, e que serviram como temas-geradores disparadores dos encontros subsequentes que foram em um total de seis. Além disso, também foram elaboradas fichas-roteiro por meio de slides, e cartazes com questões-problema vivenciadas de modo a nortear e facilitar a condução do processo (Freire, 1967), pois a visualização facilita uma análise compartilhada das evidências (Lowerson, 2014). A ação educativa se iniciou então com a projeção dessas imagens ligadas a problemas reais, e o grupo foi estimulado a refletir sobre elas de modo a decodificar seus sentidos, significados e impactos, a partir do qual caminhou em direção a uma tomada de consciência crítica.

Análise dos dados

Em cada uma das fases, houve a análise dos dados produzidos para utilização subsequente como material de apoio elaborado coletivamente. A produção de relatórios para cada uma das fases permitiu a sistematização dos dados. Deste modo, a multiplicidade destes dados foi analisada de modo

qualitativo, em uma análise hermenêuticamente dialética a partir da leitura panorâmica dos temas levantados como relevantes, aos objetivos do estudo e sucessivamente para o aprofundamento dos temas emergentes levantados nas rodas de conversa. Este tipo de análise leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico.

Resultados e discussão

A Pesquisa-Ação Participativa Emancipatória

Partindo-se da ideia do Hospital Comunitário como existe na Itália, serviço de referência territorial, que funciona em intensa relação com a comunidade, para o desenvolvimento pleno de seu papel, ele deve estar inserido em diálogos constantes com a rede formal e informal de cuidados à saúde das comunidades. Deve promover processos participativos que garantam protagonismo de trabalhadores e usuários pois, ausência das vozes da comunidade na elaboração de um projeto tal como o que se propõe em Niterói, significaria que perderíamos uma oportunidade privilegiada para desbloquear novas descobertas para melhorar a saúde e mitigar os danos dos processos de adoecimento entre as populações (McLemore & Choo, 2019). Nesse sentido, em todas as etapas do projeto foram utilizadas metodologias participativas em que os diversos atores, pesquisadores e profissionais das redes de saúde locais, construíram coletivamente os processos de produção de conhecimentos, fundamentado em uma perspectiva de ensino-aprendizagem e educação popular em saúde.

Assim, entendemos que o Hospital Comunitário na figura da Unidade de Cuidados Intermediários no Brasil possui a necessidade de um tipo de organização da gestão e do trabalho em saúde, que não pode estar alheio às realidades das comunidades. Isto por si só dá a essa iniciativa o caráter de ser um tipo de dispositivo de compartilhamento de saberes, práticas e experiências, que se liga a uma noção diferente da perspectiva na qual o saber é algo reservado à academia. Considera-se que a prática dos trabalhadores e comunidades são

também locais estratégicos de produção de conhecimento no cuidado à saúde das populações. Adotamos assim, a perspectiva proposta por Merhy (2004) na qual o conhecimento da prática é tão válido quanto o formal e acadêmico, assim como, de Spinoza (2004) quando propõe a “ciência intuitiva” que, se cria com base na experiência cotidiana de encontro consigo e com o outro, atuando com alto poder operatório sobre a realidade, porque tais relações de trocas mútuas são incorporadas como um saber subjetivo, pertencendo à ordem do corpo afetivo.

Essa aposta metodológica, tem um significado de rompimento epistemológico, pois, a opção por uma pesquisa do tipo emancipatória se constitui como uma transgressão ao modelo convencional de uma pesquisa, porque não propõe a separação dos ‘fatos’, ‘valores’, do ‘pensamento’ e da ‘ação’. É uma desesperada forma de transcender a estéril especialização das ciências (Dubost, 1987), e tem como objetivo a mudança e o rompimento do ciclo de repetições ao qual as pessoas oprimidas se encontram. A pesquisa emancipatória se baseia no reconhecimento da expertise dos que estão em situação de vulnerabilidade, da capacidade de compreender as próprias necessidades, de identificar as barreiras existentes e as estratégias apropriadas para superá-las.

Produção pedagógica na saúde para a emancipação

A partir da experiência iniciada pela PAPE, algumas questões relacionadas aos processos de trabalho e educação em saúde se colocaram em análise. Segundo Franco (2007) ao longo da história do SUS, apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas, e os trabalhadores abrigam-se num pequeno espaço de saber fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional. Tal situação se mostrou logo no primeiro encontro com o grupo, pois, como pergunta disparadora inicial da pesquisa, questionou-se o que para cada uma das pessoas presentes significava o termo “emancipatório” que está no título desse modelo de pesquisa que conduzimos.

A emancipação é um conceito complexo, que passa pelos campos da democracia, participação política e deliberação (Alves, 2017), sendo

considerado um fenômeno em que as pessoas passam a ter controle sobre os recursos, sejam eles físicos ou simbólicos (Barreto, 2014). E a partir da reflexão sobre esse conceito, uma das ACS's que já havia feito outros cursos direcionados para a educação em saúde contou que percebeu que na medida em que foi refletindo mais sobre seu processo de trabalho, e compreendendo a sua realidade enquanto trabalhadora do SUS, as relações que ela estabeleceu na Unidade de Saúde em que trabalhava assumiram novos desafios. Passou a ter que mediar uma nova análise da realidade com a percepção parcial por parte de muitos que não tinham passado pelas formações oferecidas no programa de educação permanente da sua coordenação.

A inserção de novos elementos na micropolítica do trabalho em saúde, a partir do desenvolvimento de uma compreensão crítica da realidade cria novas relações e percepções. Ao longo do percurso do curso desvelaram elementos macropolíticos e a forma como estes impactam o cotidiano dos trabalhadores da saúde. A precarização das relações trabalhistas é um desses elementos, e em nosso diálogo se tornou percebido pelos participantes o intenso processo de redução de direitos dos trabalhadores neste aspecto, com a contratação temporária de novos ACS's, sem garantias de estabilidade, com sobrecarga de trabalho devido a redução do número de profissionais nas equipes de saúde. Percebeu-se a ausência de capacitações que possam auxiliar esses trabalhadores na sua prática diária, além de que o prazo curto de contratação impedia que os mesmos construíssem vínculos duradouros e compreendessem a dinâmica a qual estavam integrando, o que na visão de Franco (2007) é a perpetuação dos modelos de produção taylorista que capturaram o processo de trabalho no SUS.

Tal situação identificada e refletida conduz novamente a situação-problema inicial vislumbrada pelo grupo consultivo quanto à fragmentação do SUS, e tendo em vista um movimento de CI que se propõe a produzir redes, ordenar o cuidado aos crônicos e fortalecer o Sistema de Saúde, reafirma-se a importância da educação popular em saúde direcionada aos trabalhadores, e as lideranças comunitárias de modo que se criem oportunidades pedagógicas para criação, reflex(ação), e emancip(ação).

Para tanto, é fundamental que cada ator do processo entenda seu papel. A partir dessa constatação alguns dos participantes afirmaram que não

conseguiram entender bem o papel do ACS na saúde, ao mesmo tempo em que não compreendiam a visão dos outros profissionais sobre esta categoria. Isto porque em muitas Unidades o trabalho burocrático, a necessidade de cumprir metas e produções, desvia a função do trabalho do ACS para a burocracia, se esvaindo dos seus sentidos primordiais que é o cuidado. Predomina os significados em favor de um modelo produtivista que se imbrica no SUS em contrariedade à vocação da sua proposição inicial. Dessa forma, situações-barreira, ou situações-limite como dito por Freire (1967) se tornaram percebidas por meio da instituição dos espaços de debate, o que por si só também serviu como disparo de reflexão para o fato de que na grande maioria das Unidades de Saúde não existem espaços instituídos para a troca entre profissionais. Inclusive, para a programação dos serviços ofertados, resolução de problemas e contratualização entre os indivíduos, e também se perguntou: _ por que estes espaços não são valorizados?

Segundo Rolnik (2019) isto pode ser explicado pela lógica da produtividade capitalista que tem por característica não apenas explorar a força de trabalho e extrair dela a mais-valia, mas há também uma exploração da própria vida e do seu potencial de criação e transformação. Ou seja, quando um serviço de saúde não permite nenhuma forma de organização coletiva e de subjetividade sua vocação não pode estar destinada à garantia da vida em sua plenitude, e é assim que serviços, trabalhadores e usuários se percebem um dia: esgotados sem compreender os porquês.

Em consonância, segundo Franco (2007) a ideia geral de regulação do processo de trabalho, colocando os trabalhadores como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, transformaram-se em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades, e anulação da capacidade criativa, forjadas numa “pedagogia da dependência”, com a mera transferência de conteúdo destituído de crítica e reflexão, tal como se apresenta o modelo de educação permanente em saúde vigente na atualidade.

Freire (1967) propõe uma nova pedagogia fundamentada na educação como prática de liberdade, na palavra dita e não no silêncio, porque os homens e mulheres se fazem na palavra, no trabalho, na ação e na reflexão. Existir humanamente é pronunciar o mundo, e pronunciar o mundo é modificá-lo, o mundo por sua vez se volta problematizado aos pronunciantes e exige deles um

novo pronunciar. Dessa maneira, podemos dizer que participar de uma PAPE foi um dispositivo que permitiu a pronúncia do mundo, para então, ser possível transformar, por mais angustiante e sem aparente resolução que possa parecer o encontro com as dificuldades cotidianas que começaram a ser desveladas.

Franco (2007) afirma que experiências como esta são inovadoras e têm o potencial de promover mudanças em sistemas e serviços de saúde, e têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde.

Este processo de abrir espaço para que os profissionais possam refletir suas ações e dificuldades, tem também o efeito de fazer com que o trabalho e a produção do cuidado sejam ao mesmo tempo uma forma de produção do sujeito. Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde, e produzem processos de cognição e subjetivação, que acontecem simultaneamente, e agenciam a construção de novos sujeitos, mais engajados na realidade. Verificamos que, paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS (Franco, 2007). Dessa forma, uma das estratégias utilizadas ao longo dessa pesquisa enquanto dispositivo de disparo de uma linha de produção pedagógica, foi pautar os debates do grupo na ação-reflexão, o que fez que ao final de cada encontro sempre houvesse a proposição de uma atividade a ser realizada no ambiente de trabalho, com algum paciente, algum caso de difícil resolução, ou outra questão que surgisse ao longo da semana, e que movesse o profissional em sua subjetividade para caminhos diversos que por si exigem respostas diferentes daquelas padronizadas pela prática normativa do trabalho em saúde.

Assim destacamos que o impulso inicial para a realização desta PAPE ter sido conhecer a realidade da saúde em Niterói, para adequação da proposição da Unidade de Cuidados Intermediários para cuidado ao crônico. Quando encontramos essa realidade percebemos que em alguns momentos os problemas mais urgentes não são aqueles que imaginamos enquanto equipe acadêmica, e aí não apenas os profissionais de saúde participantes passam por um processo de subjetivação do seu pensamento, pela ação, mas também a equipe da pesquisa.

Ações para emancipação

Um dos encontros que ocorreu ao longo do curso da pesquisa emancipatória contou com a presença de uma representante da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, para explicar para o grupo sobre o andamento do projeto de implantação da unidade de cuidados intermediários de Niterói. A representante compartilhou detalhes sobre o que a gestão de saúde estava inicialmente pensando a respeito deste projeto, e com base em sua explanação, as pessoas puderam fazer perguntas sobre os aspectos técnicos de funcionamento da unidade que estava sendo projetada inicialmente com referências do “Hospital Comunitário Italiano”. Ao mesmo tempo discutiu-se propostas baseadas nas suas experiências, junto aos serviços de saúde e às comunidades de Niterói. Essa construção compartilhada foi motivada pelo grupo condutor do projeto em Niterói (muito diferente da realidade Italiana), considerando na conformação dessa Unidade de Saúde, as condições específicas do município, ou seja, sugere-se um serviço adaptado à cultura e condições locais, uma experiência completamente original.

Dessa maneira, essa alternativa dialógica e compartilhada de construção de propostas para o SUS, é desejável e uma inovação. Muitas vezes a implantação de novos projetos não passa pelo crivo do grupo local, especialmente da ponta dos serviços da rede de saúde. Neste caso o compartilhamento da execução do projeto foi uma condição para sua efetivação.

Assim, alguns problemas prioritários foram levantados pelos ACS's e conselheiros de saúde participantes: A ausência de vagas no sistema de Urgências e Emergências de Niterói, a localização da Unidade de Cuidados Intermediários, a relação com as outras estruturas da rede de saúde como a atenção básica, a baixa cobertura de serviços de reabilitação no município, o sistema de regulação de vagas e os critérios de acesso e alta hospitalar. Todos esses problemas pensados pelo grupo como possíveis dificuldades a serem encontradas na instalação e início da condução do projeto proposto, vieram da reflexão baseada na realidade encontrada por cada um deles em seus campos de trabalho e de vivências cotidianas.

Assim sendo, umas das atividades mais simbólicas do grupo enquanto coletivo que se formou ao longo de 6 encontros que ocorreram ao final de 2019,

foi a construção de um plano de propostas a serem incorporadas na elaboração da Unidade de Cuidados Intermediários de Niterói, como se segue:

1. A Unidade precisará estar norteadada pela atenção aos critérios de elegibilidade dos casos, com diagnóstico e prognósticos diferenciados que ajudem a regulação dos leitos da unidade, de modo que esta unidade não se torne apenas mais uma e deslocada das suas proposições iniciais.
2. Realização de acompanhamento continuado junto às redes de saúde locais, com a qualificação continuada dos profissionais, e a contratação de equipes próprias e de coordenação própria.
3. Estabelecimento de uma equipe de regulação qualificada em conjunto com os demais profissionais da rede de saúde de Niterói.
4. Criação de um conselho gestor com participação da comunidade para avaliar e acompanhar o funcionamento da Unidade de Cuidados Intermediários quando for implantada
5. Fortalecer os serviços de reabilitação do município para que ao ter alta dos cuidados intermediários os pacientes deem continuidade aos cuidados

Assim, podemos destacar as vozes deste coletivo que se expressaram refletindo criticamente e fundamentos na ação cotidiana sobre a necessidade de ampliação dos espaços de formação para o trabalho em saúde, além da extensão desses espaços para as comunidades de modo a assumir um caráter não apenas formativo, mas deliberativo. E sem dúvidas essa proposição, foi ao longo desta PAPE ensaiada junto aos participantes, e se torna potencialmente percebível como um “inédito viável” nas palavras de Freire (1967). Esse inédito viável que talvez não fosse percebido dentro da consciência real pelas dificuldades cotidianas, se concretiza agora como uma “ação editada”, possível de ser realizada e é fundamental para a libertação da posição subalternizada em que se viam no princípio.

Podemos analisar também, a partir da proposição do grupo que o escopo de ações é amplo, partindo-se de uma visão macroscópica de um projeto de implantação, para uma visão microscópica direcionada à gestão, à regulação, à programação, à educação, e aos possíveis problemas a serem encontrados no dia a dia. Tal caminho, é uma representação viva de uma compreensão crítica da realidade, só possível de ser construída por meio da cisão deste projeto por temas

geradores que foram intensamente descodificados, para então, pela compreensão dos seus sentidos, serem percebidos na sua totalidade e fazendo sentido para cada participante, assim como propõe Freire (1967).

Outro ponto rico e importante que aconteceu como resultado desta PAPE e da realização do projeto de implantação dos CI em Niterói, foi a realização de um seminário internacional nas dependências da UFF em novembro de 2019, que contou com a participação de profissionais da saúde italianos que atuam na experiência de cuidados aos crônicos na região da Emilia Romagna na Itália, professores vinculados às Universidades de Bolonha e Parma, Professores da UFF e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), alunos de diversos programas de pós-graduação e graduação, profissionais da saúde de Niterói incluindo todos os participantes da Pesquisa Emancipatória, toda a equipe de gestão da saúde de Niterói, e outras pessoas com experiência em gestão no país como o reitor da UFF, e um ex-ministro da saúde do Brasil.

Este encontro discutiu a partir de todos esses olhares os cuidados intermediários em saúde, e debateu também a proposta conduzida por Niterói. Assim, foram montadas mesas com pessoas escolhidas para falarem sobre suas perspectivas e experiências, e para uma dessas mesas a equipe acadêmica da PAPE fez um convite ao grupo para que elegeisse duas pessoas entre eles, para falarem em uma dessas mesas com o objetivo de contar um pouco sobre o que foi a experiência vivenciada com a pesquisa emancipatória, e sobre a relação que construíram para si em relação aos cuidados intermediários à ideia da Unidade de Niterói.

Dessa maneira o grupo escolheu democraticamente um ACS e uma Conselheira de Saúde, e muitos se disseram animados com a proposta, pois alguns nunca haviam sequer entrado na Universidade que é vizinha das comunidades de muitos dos participantes. Assim, foi se construindo uma alternativa democrática para a condução de projetos para o SUS por meio da educação dialógica, e da construção compartilhada, que se fez presente na fala do ACS:

[...] algo muito importante do projeto em que participamos foi que ele trouxe as pesquisas, o que acontece no nosso dia a dia, o que acontece no nosso território, o que acontece dentro da nossa rotina

de trabalho, e aí juntar tudo isso com o que está sendo estudado, o projeto do hospital comunitário. Nós que estamos na ponta entendemos o que era o projeto, e percebemos a necessidade desse tipo de cuidado ligada à nossa realidade e a realidade de Niterói, adaptando a proposta nessa realidade, essa com certeza é uma vanguarda. Toda mudança gera desconforto e é muito importante porque elas nos tiram da zona de conforto, e nos levam para a zona de batalha, para isso é importante a capacitação e a autonomia dos profissionais que estão na ponta como eu (ACS vinculado ao PAPE).

Assim esta participação de destaque num evento internacional foi um exercício para construção de projetos e instituições de saúde, que se pautam pela existência de espaços de negociação para além da lógica de profissionais subalternizados, meros expectadores, e em compromisso com a formação dos mesmos como agentes ativos dentro do SUS, e de suas comunidades, pautando-se pelo compromisso com o protagonismo de pessoas outrora silenciadas.

Considerações finais

O debate fundamentado nos problemas levantados pelos participantes da pesquisa emancipatória foi refletido por todos e passaram por uma análise em espiral, do macro para o micro, e do micro para o macro. Isto oportunizou a construção de relações de análise entre agravos de saúde agudos, crônicos, questões micropolíticas, e a macropolítica organizacional da gestão. Um exercício sociopolítico permite não apenas construir dialogicamente uma proposta de cuidados aos crônicos, mas também permite a cada pessoa ter um olhar mais ampliado sobre si e sobre lugares que habita numa perspectiva de vida livre. Assim, não apenas a metodologia utilizada por essa pesquisa funcionou como um instrumento de subjetivação e emancipação das pessoas participantes, mas o próprio projeto de implantação da unidade de cuidados intermediários assumiu essa vocação.

No ano de 2020 a proposição inicial seria a continuidade da pesquisa emancipatória capilarizada para as comunidades dos participantes desse primeiro exercício para assim, fortalecer o conhecimento sobre a situação em saúde das pessoas moradoras dessas localidades, e adaptar a conformação da Unidade de CI

para a realidade local. Em virtude da pandemia de Covid-19, foi necessária uma pausa nessa programação e se abriu um espaço de encontros online similar ao realizado na primeira etapa da pesquisa, mas agora oportunizando o conhecimento sobre esse novo agravamento, os impactos sobre a saúde dos trabalhadores, organização dos serviços, e surgimento de novas necessidades de cuidados tanto para agudos, quanto para crônicos.

Ao longo dos próximos capítulos deste livro será possível compreender melhor o desenvolvimento deste projeto, marcado sempre pela flexibilização para atender a dinâmica da própria vida. Isto acontece em um palco dialógico em que os atores principais são os participantes, com suas vozes e experiências trazidas de suas comunidades, locais de trabalho e sobretudo, de suas subjetividades.

Referências

- Alvez, F. D., & FRIEDRICH, D. B. (2017). O necessário empoderamento do cidadão à efetivação das políticas públicas no Brasil: a contribuição do capital social à efetiva participação nos instrumentos democrático-participativo-deliberativos. *Revista de Direito da Cidade*, 9 (2), 725-753.
- Franco, T. B. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Revista Saúde e Sociedade*, SP. <http://www.scielo.br/>.
- Franco, T. B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. *Gestão Em Redes*. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro.
- Freire, P. (1967). *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Loewenson, R. et al. (2014). *Participatory action research in health systems: a methods reader*. Canadá: TARSC, AHPSR, WHO, IDRC, Equinet.
- McLemore, M. R., & Choo, E. K. (2009). The right decisions need the right voices. *The Lancet*, 394 (10204), 1133.
- Merhy, E. E., Franco, B., & Magalhães, H. M. (2004). Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado: movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde.

Paim, J. S. (2015). O que é o SUS? In: *Coleção Temas em Saúde Interativa*. Editora Fiocruz. <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

Regione Emilia-Romagna. (2015). Decreto Regional nº 221 de 06 de março de 2015 – “Requisiti Specifici Per L'accreditamento Del Dipartimento Di Cure Primarie”. http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127_2016/accreditamento_dipartimento_cure_primarie/view

Rolnik, S. (2019) *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. n-1 edições.

Spinoza, B. (2004). *Tratado da Reforma da Inteligência*. Tradução, introdução e notas: Lívio Teixeira. São Paulo: Martins Fontes.

EXPERIÊNCIAS SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira
Mayara Cristina Villela Santos
Daniely Quintão Fagundes

Introdução

Este capítulo apresenta a experiência de uma pesquisa-ação participativa de cunho emancipatório (PAPE), que pretendeu analisar os efeitos da pandemia de COVID-19 no cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Niterói/RJ, mantendo o foco de compreensão no cuidado às pessoas com doenças crônicas. Também põe em discussão algumas das tantas temáticas que emergiram deste processo investigativo, a fim de refletir sobre o papel dos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atual conjuntura. O texto se desenvolve, portanto, orientado por duplo objetivo: 1) fornecer uma contextualização geral para este e outros escritos que se seguem; 2) apresentar um recorte dos dados obtidos para fomentar o diálogo sobre o trabalho dos(as) ACS.

Cabe destacar que a parte restante dos resultados da referida PAPE será abordada em capítulos posteriores, considerando a opção por agrupá-los em temas de discussão coerentes entre si. Deste modo, ao percorrer outros capítulos deste livro que discutem o trabalho do ACS, o(a) leitor(a) deve ter em mente a introdução ao trabalho e a descrição de seu desenvolvimento feitas a seguir.

COVID-19: imperativos ao trabalho em saúde e ao cuidado às situações de cronicidade

Em 2020 o mundo se deparou e parou frente à emergência global causada pelo vírus SarsCov-2, responsável pela pandemia de Covid-19, doença aguda que trouxe para o mundo não só seu aparato de sintomas físicos, mas que tem produzido

diariamente inúmeros atravessamentos em todas as esferas da vida social, bem como, tem evidenciado as iniquidades sociais pré-existent, exigindo do cotidiano de cuidado em saúde o uso de inventividade e criatividade como parte das estratégias para atender às novas demandas, juntamente com aquelas rotineiras e crônicas.

Tem-se observado que, dentre os acometidos pelo novo coronavírus, quase metade são adultos com 60 anos ou mais, com doenças crônicas prévias e com índices de mortalidade atingindo mais de 80% entre idosos (Vital Surveillances, 2020). Além disso, evidenciam-se sequelas advindas da infecção para o sistema respiratório, o sistema cardiovascular e, também, sequelas neuropsiquiátricas e psicológicas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020), que possivelmente trarão aumento na carga de doenças crônicas em um cenário onde há muito tempo já existem debilidades nos sistemas de saúde.

O Município de Niterói, inserido na Região Metropolitana II, no estado do Rio de Janeiro, abrange, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 513.584 habitantes, em 2019 (IBGE, 2019). A estimativa, segundo dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2019), é de que as pessoas com mais de 60 anos somam, aproximadamente, 22% da população geral e, considerando que o crescimento da população idosa está associado diretamente ao crescimento das doenças crônicas, fica evidente a dupla emergência ao se levar em consideração o perfil de acometimento do coronavírus, pois é de se esperar franca agudização das doenças crônicas numa grande parcela da população, adicionada às novas cronificações e aos impactos sociais produzidos pela pandemia.

Sabe-se que viver com uma doença crônica traz experiências marcadas por diversas camadas de injustiça social, que mantém as pessoas na pobreza e as excluem de uma vida de cidadania, mantendo-as muitas vezes em um isolamento social que ameaça os sentidos da vida. Porém, essa ameaça que já existia, ganhou amplitude por meio da pandemia, e o isolamento social se tornou a realidade global, em que todas as pessoas têm que se recolher.

Todavia, o isolamento em relação ao vírus, não isola a dinâmica social, mas, atravessa-a e deixa em aberto questionamentos diversos, por exemplo: como é que se organizam os serviços de proximidade com as comunidades num período em que é necessário o distanciamento social? Como aqueles que já viviam em isolamento por conta das doenças crônicas têm sido impactados pelo isolamento global?

Para obter as respostas às perguntas levantadas pelo surgimento da pandemia de Covid-19, as vozes daqueles que experimentam uma condição vulnerável, ou que têm experiências relevantes neste sentido devem ser consideradas em situações em que decisões são tomadas. Quando faltam vozes da comunidade se cria o potencial não apenas de exclusão (Mclemore & Choo, 2019), mas também se perde a oportunidade privilegiada de novas descobertas promissoras para melhorar a saúde e mitigar os danos entre as populações.

Segundo Johnson e Goronga (2020), o pouco envolvimento comunitário em outras pandemias, como do Ebola e do HIV, fizeram com que as mesmas se prolongassem, pois, grande parte das medidas tomadas não contemplavam as complexidades de cada sociedade. Assim, entende-se que para que as estratégias de enfrentamento à Covid-19 e de cuidado àquelas pessoas acometidas por condições crônicas sejam mais assertivas, é essencial uma mudança de comportamento em nível coletivo. Para tal, as respostas devem ser construídas com as comunidades, e não apenas para elas e, neste sentido, ganham valor ações que as envolvam nos processos de identificação de demandas e construção de possibilidades e ações.

Considerando que os ACS representam parte significativa da força de trabalho na linha de frente do cuidado à saúde e são figuras imprescindíveis no controle e na prevenção de pandemias, como a de Covid-19, uma vez que se relacionam cotidianamente com o território, transitando entre os saberes técnico e popular (Maciel et al., 2020), considera-se importante ouvi-los em suas discussões e reflexões sobre os processos de trabalho e as mudanças necessárias às suas funções e tarefas perante o cenário pandêmico, como um caminho para o aprendizado e a construção de possibilidades para o cuidado às pessoas e comunidades, na busca pela universalidade do acesso e da equidade em saúde.

A PAPE como ferramenta de conhecimento e produção de realidade

Entende-se que a proposição de uma PAPE, metodologia de trabalho fundamentada em Loewenson e colaboradores (2014) e em Paulo Freire (1967; 1972), é uma alternativa viável e que permite o envolvimento comunitário no processo de educação e no cuidado às condições de cronicidade, em período de pandemia. Isto, pois, tal opção metodológica tem por finalidade rever e validar

as experiências daqueles(as) diretamente envolvidos(as) nas situações cotidianas em análise, para problematizar, refletir, aprender em conjunto, rearticular e transformar sistemas, baseado no reconhecimento da riqueza que tais pessoas trazem aos processos de conhecimento e operação de mudanças, que se faz com base no saber por elas mesmas produzido (Loewenson et al., 2014).

Desta perspectiva, os(as) chamados(as) participantes da pesquisa são envolvidos como pesquisadores(as) ativos(as) e sujeitos de mudanças, uma vez que eles são a fonte primária das informações sobre a situação que se pretende compreender e ocupam o papel de protagonistas na geração, validação e uso dos conhecimentos para a ação (Loewenson et al., 2014). Assim, os(as) que produzem tais saberes são os(as) maiores interessados e que podem se beneficiar da ampliação das perspectivas, da produção de novas possibilidades e qualificação da vida, da saúde e da sociedade como um todo.

Tal afirmação se funda na ideia de que a PAPE pode trazer potentes contribuições para os sistemas e políticas de saúde, uma vez que, segundo Loewenson e colaboradores (2014), ela se direciona à identificação de demandas importantes para as comunidades, ajudando a compreender as implicações dos agenciamentos sociais e afetivos no campo da saúde, bem como a forma com que as linhas de força presentes nos cenários de práticas de cuidado afetam o desempenho das políticas. Além disso, visa o fortalecimento da comunicação e respeito mútuo entre seus diferentes agentes e usuários(as), bem como busca compreender os meandros entre o saber fazer, por meio da incorporação da resolução de problemas e da ação em seu método de pesquisa. Assim, pela detecção precoce de problemas com impacto no cotidiano das comunidades, viabiliza-se a reflexão, a organização de coletivos e o fortalecimento da responsabilidade social e de cuidado, com vistas à qualificação necessária das pessoas e as redes com as quais estão implicadas, no âmbito dos sistemas e políticas de saúde.

Cabe destacar que os processos da PAPE não são pautados pela linearidade do fazer, mas têm um caráter contínuo de investigação autorreflexiva, que é a todo tempo atravessada pela complexidade das relações entre causas e resultados e pela probabilidade de surgimento de resultados inesperados (Loewenson et al., 2014). Deste modo, os(as) pesquisadores(as) devem assumir as incertezas e eventuais necessidades de reorientação, buscando

responder às emergências do vivido, identificando as melhores ferramentas para levar o processo adiante, em vez de apegar-se à implementação rígida de etapas previamente estabelecidas.

A partir desta compreensão, a pesquisa aqui relatada apostou nos encontros em espaços virtuais para fomentar o diálogo e a troca de experiências e saberes, visando analisar os efeitos da pandemia de Covid-19, no cotidiano das comunidades e de profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado. Considerando a centralidade do trabalho dos ACS neste processo, por caracterizar-se como um fazer de proximidade ao território, que se efetua diariamente junto às comunidades e tem grande potencial de identificação das demandas que daí emergem (Maciel et al., 2020), buscou-se melhor compreender suas ações, levantando os impactos da pandemia em sua atuação, bem como as estratégias empregadas para o enfrentamento do cenário vigente.

Tal abordagem se justifica pelas demandas de reconfiguração dos processos de trabalho desenvolvidos pelos ACS, o qual se opera com base no vínculo, no contato, na mobilização e na orientação dos grupos populacionais, para a promoção e a proteção da saúde, no contexto da crise sanitária (Maciel et al., 2020).

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa que compôs o projeto maior “A Pesquisa Emancipatória sobre o papel do Hospital Comunitário e o cuidado às pessoas com doenças crônicas” com devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal Fluminense/ UFF, sob o número 3.967.111. Ela se inseriu no âmbito dos estudos qualitativos em saúde e educação e se caracterizou como uma pesquisa ação-participativa de cunho emancipatório (PAPE), fundamentada no referencial metodológico de Loewerson e colaboradores (2014) e de Paulo Freire (1967; 1972).

Essa opção metodológica reconhece a produção de conhecimento por meio de processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos e relacionados à criação de estratégias e ações para promover mudanças em relação à dada situação, o que é feito em conjunto por diferentes atores da pesquisa e membros de determinada comunidade (Loewerson et al., 2014).

Considerando a não-linearidade que caracteriza o desenho da PAPE, as orientações de Loewerson e seus colaboradores (2014) serviram de bússola indicando a direção a se percorrer neste processo de pesquisa-ação do trabalho e cuidado à Covid-19. Assim, buscou-se sistematizar, organizar e validar as experiências do cotidiano, coletivamente; posteriormente, fez-se a análise e reflexão coletiva dos padrões, problemas, causas e teorias relacionadas às questões levantadas pelos participantes da pesquisa; refletiu-se sobre possíveis ações, considerando cursos de ação alternativos; fez-se uma avaliação das ações tomadas, revisando seu curso e consequências e; por fim, seguiu-se para a sistematização do aprendizado desses processos e compartilhamento de novos conhecimentos.

A PAPE aqui apresentada foi delineada em três fases, sendo as duas primeiras concluídas anteriormente, no âmbito do projeto maior discutido em outros capítulos deste livro. A terceira etapa, que compreendeu as ações abaixo descritas, se deu em 8 encontros on-line, pela ferramenta de comunicação Google Meet*, os quais ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2020, que foram gravados, com autorização dos participantes, e, posteriormente, transcritos. Tais encontros tiveram duração de aproximadamente 2 horas; aconteceram no horário de expediente, com devida liberação de participação da gestão dos serviços; e sua configuração foi no formato de Roda de Conversa, considerando-a uma abordagem investigativa que busca compreender o sentido que o grupo social oferece ao fenômeno estudado. Conversar, nesta acepção, diz respeito a compreender com profundidade, refletir, ponderar, melhor perceber e compartilhar com franqueza (Moura & Lima, 2014).

Foram convidados a participar destes encontros Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Lideranças Comunitárias (LC) de Niterói/RJ, previamente treinados(as) na fase 2 do projeto e que tivessem acesso facilitado à internet, considerando o imperativo do distanciamento social, em virtude do contexto atual da pandemia, e a opção de reunir-se virtualmente. Assim, foram critérios de inclusão à participação:

- Ser maior de 18 anos.
- Ter participado da capacitação da fase 2 do projeto “A Pesquisa Emancipatória sobre o papel do Hospital Comunitário e o cuidado às pessoas com doenças crônicas”.

- Ter concordado com a pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Ter dispositivo eletrônico com acesso à internet.

No total, compuseram as rodas de conversa on-line 12 ACS e 1 LC, além de estudantes de graduação e pós-graduação, que participaram como proponentes e apoiadores do estudo. Houve variação do número de presentes entre um e outro encontro, devido ao adoecimento ou surgimento de imprevistos no decorrer da pesquisa, o que não configurou anulação de contribuição com a mesma.

Vale ressaltar que, conforme a proposição freiriana (Freire, 1972), a situação presente existencial e concreta - período de pandemia de Covid-19 - foi tomada como ponto refletor do conjunto de aspirações do grupo, a fim de viabilizar a organização do conteúdo programático das rodas de conversa. Assim, propôs-se o levantamento de temas geradores, ou seja, de temáticas relacionadas às vivências do momento atual, num movimento de reflexão e construção coletiva, as quais orientaram o curso das discussões, porém, de uma forma fluida, permitindo variações, retomadas e repetições de assuntos, e desdobrando em tantos outros temas, conforme o desejo do coletivo.

Neste percurso pretendeu-se trazer, não apenas a doença e o corpo em seus aspectos anatomo-fisio-patológicos, tampouco a perspectiva normativa do trabalho e da produção de cuidado, mas, sim, as questões subjetivas frente à atual pandemia, os afetos, as vivências e experiências pessoais, as percepções do vivido, as problemáticas enfrentadas, as angústias, as ressignificações possíveis e toda a diversidade de atravessamentos do território existencial, isto é, aquele no qual se inscrevem a subjetividade e os agenciamentos que dão significado para o mundo no qual a pessoa se encontra, ao qual se referiam tais temas geradores, o trabalho e cuidado em saúde (Assumpção & Franco, 2016).

Para tal, foram utilizadas diferentes ferramentas e estratégias disparadoras para as discussões. Produções audiovisuais, poesias, músicas, fotografias feitas pelos próprios pesquisadores participantes, artigos científicos, materiais utilizados em cursos formativos anteriores, entre outros, são exemplos de recursos empregados para fomentar as conversas e que foram evocados como modo de estimular a reflexão sobre as temáticas abordadas, bem como a tomada de consciência crítica sobre os atravessamentos do momento de crise social, humanitária e de saúde

vivenciados nesta pandemia, com vistas à se projetar ações transformadoras da realidade em que vivem e trabalham os participantes.

Resultados e discussão

Diante do cenário pandêmico atual, houve um aumento da virtualidade intermediando os encontros entre as pessoas, processo esse que já era emergente e que também traz implicações para a condução de pesquisas, pois possibilita a realização e a continuação de estudos observando a necessidade de distanciamento social (Schmidt et al., 2020).

Para a pesquisa aqui relatada, apostou-se na potencialidade de ambientes virtuais para a criação de espaços de discussão e troca, sobre os processos de trabalho e de cuidado em saúde, em tempos de Covid-19, buscando pela criatividade e inventividade para responder às velhas e novas demandas que têm emergido.

Assim como relatado por Andrade e suas colaboradoras (2021), que realizaram rodas de conversa on-line para pais de crianças com autismo, visando promover um espaço de escuta e partilha frente a angústia dessas famílias, considerando os imperativos do contexto pandêmico, pode-se afirmar a potência dos encontros virtuais em afrouxar as limitações de tempo e espaço. No caso da presente pesquisa, entende-se que a adoção de ferramentas virtuais de comunicação permitiu o compartilhamento de experiências, saberes e perspectivas, bem como possibilitou encontros e a formulação de ideias, estratégias e práticas para o trabalho e o cuidado em saúde junto à comunidade.

Desta perspectiva, a adoção do modelo de roda de conversa em ambiente virtual foi positiva, permitindo o diálogo, sendo este um momento de partilha em que as colocações de cada participante interagiram com as falas dos outros, seja para complementar, discordar ou fazer pensar por outra perspectiva (Moura & Lima, 2014), enriquecendo e estimulando o debate, o processo de reflexão e ressignificação do vivido que estava em discussão e análise.

Como evidenciado na parte introdutória deste manuscrito, os resultados aqui apresentados e discutidos são um recorte do total obtido com a pesquisa em discussão, focalizando no que concerne, mais especificamente, ao trabalho dos ACS junto às comunidades, tendo como plano de fundo a pandemia de Covid-19. Vale ressaltar

que as falas postas em destaque e os apontamentos feitos a seguir não pretendem generalizações, nem a descrição generalizante da realidade do trabalho dos ACS, na situação atual. Pelo contrário, busca-se compartilhar algo das percepções e vivências relatadas ao longo da PAPE a fim de provocar reflexões sobre a temática.

Dentre uma diversidade de assuntos evocados e discutidos, um importante mobilizador referiu-se aos pensamentos e sentimentos experimentados com a chegada do novo coronavírus ao Brasil. O que fora ouvido no primeiro momento? O que se pôde compreender da situação? E quais sentimentos emergiram quando foi declarada a pandemia, considerando que Niterói foi um dos primeiros municípios a sair na mídia pelo registro de óbito pela doença?

Estas questões norteadoras trouxeram para a cena vários relatos sobre as dificuldades e o medo ao lidar com o desconhecido que a situação implica; as consequências negativas do contexto político instável e a discordância de informações veiculadas sobre a doença. Todos estes fatores aparecem como atravessamentos para a condução do trabalho no território e as falas a seguir evidenciam algumas destas vivências no início da pandemia.

Até entendo que é tudo muito novo, agora nem é tanto assim, mas a gente foi atropelado por tudo isso. E é normal que houvesse muita troca de informação, a gente teve um pouco disso com tudo: com os EPIS, a respeito do vírus e muitos aspectos. Muita ansiedade também. Está de férias, não está. Não pode nada, você precisa ir pra rua mais que nunca ou você tem que resolver as coisas por rede social, que preserva um pouco mais. Entra na casa, não entra em casa...no início foi muito complexo mesmo (Pesquisador participante).

A rápida progressão do novo vírus e seus agravos à saúde, assim como a constante veiculação de notícias a seu respeito e todos os atravessamentos deste momento, faz com que as pessoas tenham dificuldade em acompanhar as mudanças e atualizações, em tempo real, para compreender e discernir aquilo que é necessário ao melhor enfrentamento da situação. O relato aponta que as vivências, desde o início da pandemia, possibilitaram, em parte, a redução destas dificuldades, à medida que determinadas informações relacionadas ao vírus se tornaram mais sólidas, assim como o seu combate, reduzindo as angústias diante

do desconhecido e de toda a complexidade que envolveu o período inicial da pandemia. Assim, entende-se que, ao longo do tempo, o viver na pandemia trouxe experiências que se tornaram aprendizados, os quais possibilitaram encontrar formas de lidar melhor com o novo cenário.

O medo de adoecer e de contaminar os familiares, o estresse, a angústia e sofrimento que levaram alguns trabalhadores à necessidade de fazer uso de medicação controlada, bem como as dificuldades e a solidão pela mudança de rotina e necessidade de se distanciar de amigos e familiares, também apareceram como fatores com implicações importantes. Um pesquisador participante relata intensa preocupação ao pensar quando é que pegaria a doença e se contaminaria outras pessoas:

Senti muito medo. Fiquei 5 meses sem ver minha filha, e a gente é muito próximo. Isso me fez muito mal. Eu moro no mesmo quintal que meu pai, que é idoso, e isso também me preocupava muito, eu tinha muito medo de contaminá-lo. Isso mudou toda a minha rotina, fazendo mal, pois me sentia isolado. No trabalho, tinha medo de adoecer. Em casa, não podia interagir com a família como antes, por conta da contaminação. Atualmente, consigo lidar melhor com a situação, mas ainda passamos por um momento muito complexo (Pesquisador participante).

A preocupação com a proteção da vida, a própria e a de pessoas próximas, a possibilidade de se contaminar e de transmitir o vírus, até mesmo sem saber, se assintomático, traz o sentimento de medo como algo inerente a este momento de pandemia. São possibilidades, incertezas e preocupações constantes, que levam alguns a optarem pelo distanciamento de pessoas queridas como medida preventiva, atitude necessária, mas que traz consequências dolorosas. Como se não bastasse a complexidade e dificuldades de todo o contexto pandêmico, a redução e até a falta de afago e calor humano, resultantes de atitudes cautelosas e de cuidado, traz todo um sofrimento que se torna ainda mais individual e singular.

Um pesquisador participante compartilhou que colegas de trabalho precisaram fazer uso de psicotrópicos, por conta do estresse e ansiedade diante da pandemia. Ele expõe que, quando paralisaram as atividades na rua, os ACS

passaram a auxiliar na recepção e orientação de pessoas sintomáticas que procuravam a unidade para testagem, afirmando que este fora um período muito complicado, em que a equipe precisou reorganizar suas tarefas e se sentia exposta, pois havia muitas pessoas que iam à unidade sem máscara ou usando-a incorretamente. Outro evidenciou a insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI) como complicador para o trabalho: “no início da pandemia foi bastante complicado, pois não tínhamos muito EPI. Uma médica da nossa unidade nos ajudou muito, que comprou com meios próprios máscaras total face para que nós fôssemos às ruas” (Pesquisador participante).

Tais relatos evidenciam alguns dos efeitos desta pandemia, que representa um dos maiores desafios sanitários dos últimos anos e influencia diretamente na dinâmica e na relação entre os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, alterando a prestação do cuidado no território (Maciel et al., 2020). Para além, as falas apontam o sofrimento dos trabalhadores e corroboram com os achados de Dantas (2021), em estudos nacionais e internacionais, que indicam os efeitos em lidar diariamente com o medo de se infectar e infectar outras pessoas, a carência de EPIs, além da sobrecarga de trabalho.

Este último tópico apareceu nos relatos, atrelado ao cansaço e esgotamento relacionado à atividade laboral, com adição de todas as implicações da pandemia, período de incertezas e onde há constante mudança de orientações, afetando a vida pessoal e o trabalho. Sobre isso, um participante ressalta: “O cansaço vem acompanhado de angústia, né?! Uma analogia que eu ouvi é que a gente tá na pandemia andando de carro e trocando o pneu ao mesmo tempo, com o carro andando” (Pesquisador participante).

Em concordância com a fala em destaque, os achados de Costa e Ferreira (2011) tratam das exigências impostas ao ACS, por trabalhar e morar na mesma comunidade, o que gera diversos sentimentos e se, por um lado, promove o estabelecimento de vínculo com a população usuária do serviço, por outro, provoca a invasão de privacidade do profissional, fazendo com que sua jornada de atuação seja de 24 horas por dia, resultando, com grande frequência, em sofrimento psíquico, que no contexto da atual pandemia é algo experimentado por todos, mesmo sendo de modos distintos, em decorrência das particularidades das vidas e dos contextos de cada um.

O relato a seguir retoma e enriquece a discussão sobre a necessária reorganização dos serviços e processos de trabalho, como resposta às novas demandas emergentes, ao tratar do adoecimento simultâneo de trabalhadores.

Não chegaram a ser 10 de uma vez, mas foi ao longo de um mês ou menos de um mês. Sei que chegou a ter uns 6 afastados ao mesmo tempo. Aí isso envolve toda uma logística para poder reorganizar e tem a questão que tivemos um médico afastado e foi um período bem complicado. Boa parte dele eu não estava, pois também estava afastado, mas quando voltei ainda tinha profissionais afastados que saíram depois de mim. Então, assim, foi bem complicado essa questão de organizar agenda e como que reorganiza o próprio atendimento, o próprio teste, o atendimento aos contactantes (Pesquisador participante).

Para além, esta mesma fala permite trazer à baila ressalvas feitas por Maciel e colaboradores (2020), sobre a importância de treinamento, supervisão e apoio contínuo para que os ACS recebam orientações adaptadas e atualizadas e estejam mais bem munidos diante das adequações que se impõem em tempos de pandemia. Isto pois, neste contexto, seu objeto de trabalho ultrapassa as necessidades de saúde já existentes no território, passando a incluir novas demandas e a requerer a aquisição de novos saberes, o aperfeiçoamento de práticas, bem como a utilização de novas ferramentas, como por exemplo, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) (Maciel et al., 2020).

A este respeito, houve falas reafirmando a importância de manter-se atualizado para melhor conduzir o próprio trabalho e poder orientar a população junto à qual se atua, com vistas à sua proteção e prevenção de contaminação. O uso de redes sociais e TIC, em geral, foi um importante tema de discussão. Um dos pesquisadores participantes afirma que um monitoramento via TIC já era feito e, durante a pandemia, intensificou-se como uma medida de maior suporte ao seu trabalho. Também explica que, em sua unidade de saúde, há um aparelho telefônico que está sendo mais intensamente utilizado pela enfermagem e que os ACSs têm como recurso seus próprios telefones celulares para realizar o acompanhamento das famílias de sua microárea, uma vez que as pessoas tendem a responder melhor o contato por meio de aplicativos de mensagens.

Um pesquisador participante faz uma ressalva sobre a não substituição do contato direto dos ACS com a comunidade pelo uso das TIC's. Ele afirma que estas ferramentas agilizam o processo e desburocratizam o atendimento, além de implicarem baixos custos, serem de acesso facilitado e de simples utilização, mas ressalta que é necessário um maior delineamento institucional, no sentido de estabelecer fluxos para melhor organização destes processos, com vistas à garantia da integralidade de cuidado às pessoas em situação de cronicidade, por exemplo, que requerem um acompanhamento mais aproximado e contínuo.

Não é instituído um fluxo para esse atendimento e cuidado ao doente crônico, por exemplo (...) ou seja, o telemonitoramento não é institucional. O protocolo e a institucionalização do WhatsApp como ferramenta de telecuidado seria excelente, pois isto nos auxiliaria. Nós já utilizamos nosso próprio WhatsApp para realizar o telemonitoramento e por ser de uso próprio e ter virado também uma ferramenta de trabalho, acabou criando barreiras como a mistura de vida profissional com a vida pessoal (Pesquisador participante).

Maciel e colaboradores (2020) indicam a importância de treinamento e supervisão contínuos dos ACS, para qualificá-los no uso dessas novas estratégias de comunicação e educação em saúde, bem como defendem a garantia de equipamentos de proteção individual e outras condições de trabalho e salário dignos, como garantias mínimas ao desempenho de suas funções. O relato a seguir aborda alguns pontos desta questão, mesmo que nas discussões gerais não se tenha relatado claramente ações formativas ou de apoio criadas especificamente para abarcar as novas exigências que o atual contexto traz.

Antes de sairmos para a distribuição dos kits de higiene, nos reunimos com as pessoas que fazem parte das associações de moradores e com as pessoas da comunidade acionadas para recebermos orientações da supervisão e da equipe de médicos e de enfermeiros da unidade sobre essa atividade. Saímos para esta atividade de campo preparados, com máscaras para realizar as trocas, álcool em gel. O rapaz [...] morador da comunidade nos cedeu o carro para o transporte dos kits de higiene pessoal entregues na comunidade (Pesquisador participante).

A entrega de kits de higiene foi temática bastante presente nos diferentes relatos dos pesquisadores participantes. O material foi fornecido pelo município de Niterói e distribuído pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo os ACS papel importante na execução desta tarefa. As diversas falas destacaram as particularidades das experiências em cada território, mas interessa colocar em pauta as articulações que foram possíveis nos territórios, envolvendo organizações próprias da comunidade e implicando os moradores nas ações que, a um só tempo, serviram à prevenção, à educação em saúde e à identificação de fragilidades locais.

Este trabalho de campo durou 4 dias, distribuídos em duas semanas. Foi uma parceria entre nós ACS, as três associações de moradores da área e a prefeitura. Pessoas da comunidade foram acionadas pela associação de moradores para atuarem nesta ação. Foi um momento de interação com a comunidade de trabalho, com união, um trabalho conjunto e com parcerias durante este momento de pandemia (...). No encontro com as pessoas na comunidade, houve várias pessoas questionando sobre a pandemia. De como se portar, como se cuidar. Muitas pessoas com dúvidas sobre as precauções e em relação aos cuidados para redução de riscos de transmissão da doença. (Pesquisador participante).

Outra pesquisadora participante compartilhou sua experiência com a distribuição dos kits de higiene dizendo que, como a população de sua microárea já sabia o dia em que seriam entregues, todos ficaram aguardando do lado de fora da casa, e que em sua chegada eram abordados por muitas crianças, que não tinham máscaras e luvas suficientes para trocar periodicamente e que o contexto específico foi um complicador para a realização da tarefa. Ela ressaltou que se trata de um território de maior vulnerabilidade e que o hábito de ficar fora de suas casas, muitas vezes, é justificado pelas habitações serem pequenas e não comportarem com conforto seus moradores, quando faz intenso calor, por exemplo. Acrescentou que a maioria dessas casas não recebe água encanada, e que os moradores têm galões e garrafas com água, o que também é um fator que torna a situação mais complexa.

Este relato faz pensar sobre a complexidade que envolve a situação e os desafios a nível local, os quais colocam-se duplamente para os ACS, uma

vez que estes vivenciam-na enquanto moradores do território e, também, como trabalhadores deste espaço. Diante disso, é imprescindível considerar a multiplicidade de fatores que influenciam na ocorrência dos problemas de saúde e dos fatores de risco a determinados grupos populacionais, quais sejam eles, fatores sociais, econômicos, psicológicos, étnicos/raciais, culturais e comportamentais (Broch et al., 2020). Trata-se dos determinantes sociais em saúde (DSS), os quais englobam aspectos individuais, coletivos a macroestrutura e micropolítica que os envolve. Seu enfrentamento engloba o estabelecimento de relações de cuidado a partir do vínculo e do diálogo, sendo imprescindível estar familiarizado com as demandas da população em questão, característica importante do trabalho dos ACS, seja por meio do acompanhamento das famílias adscritas em seu território, ou pela vivência individual (Broch et al., 2020).

Quando questionado como os pesquisadores participantes percebiam as implicações da pandemia para sua comunidade, quais mudanças a Covid-19 havia imposto ao território e quais fragilidades e potencialidades o cenário evidenciou, uma fala mencionou o efeito observado com o pagamento do Auxílio Emergencial para trabalhadores informais e da Renda Básica Temporária (RBT), benefício oferecido às famílias com, pelo menos, um filho matriculado nas escolas da rede pública de ensino municipal de Niterói, mesmo que não estejam inscritas no Cadastro Único dos Programas Sociais. Este programa possibilitou às pessoas segurança alimentar, mas, também, promover melhorias em suas residências. Ela diz “Eu pensei: gente, esse benefício está sendo um prejuízo, é um tiro pela culatra. Mas, depois de um tempo, comecei a observar que as pessoas estavam melhorando suas moradias, colocaram caixa d’água, um quarto, um muro” (Pesquisador participante).

Considerar esta narrativa pela perspectiva dos DSS evidencia o fato de a pandemia demandar atenção às situações de vulnerabilidade social pré-existentes como forma de atenuar os efeitos danosos do isolamento social e do adoecimento, os quais não se colocam do mesmo modo para todas as pessoas e grupos: eles também refletem as desigualdades sociais. Há de se considerar a realidade como produto de processos sociais e históricos, de relações de poder, os quais combinam com condições de trabalho, renda, saúde, educação, acesso à moradia saudável e

segura, saneamento adequado, e outros, compondo uma conjunção que faz com que determinados grupos populacionais estejam mais expostos e propensos ao agravamento dos processos de saúde e doença (Broch et al., 2020).

A acentuada desigualdade e as vulnerabilidades às quais estão sujeitas certas comunidades também implicam no processo de trabalho dos ACS, que tem como espaço de atuação territórios, muitas vezes, marcados pela violência, pobreza, serviços infra-estruturais ineficientes, desigualdades nos espaços de sociabilidade, lazer e cultura (Broch et al., 2020).

A este respeito, tendo como plano de fundo a pandemia, houve relatos de que, em algumas localidades, fora deliberado pela não realização de operações policiais, resultando na diminuição de confrontos e, portanto, em certa tranquilidade relacionada aos frequentes tiroteios. Por outro lado, houve a proibição de alguns serviços, a limitação de transitar, da liberdade de se comprar onde e o que quiser. Um pesquisador participante diz “A violência aqui é de uma outra ordem. Por exemplo, a venda de gás agora é seletiva, é proibido carro de app” (Pesquisador participante).

Outro acrescenta em uma fala mais específica as implicações deste contexto para seu trabalho:

Aqui na comunidade nós ACS, a equipe de saúde em si, tem muito respeito da comunidade. A gente não passa por nenhum tipo de apuro mais grave, de ser parado pelos caras da boca de fumo e tal. A gente consegue trabalhar normalmente, se tiver que passar por eles para chegar em algum paciente a gente vai passar e não vai ser parado por isso, até porque alguns são moradores daqui. A nossa rotina de trabalho antes, durante a pandemia e nesse momento agora, a gente continua desenvolvendo nosso trabalho normalmente, inclusive a gente até fala que aqui as pessoas olham muito para o ACS e ele dita o comportamento (Pesquisador participante).

O fato de viver e intervir no processo saúde e doença, num nível de interação próprio de quem participa do mesmo espaço, aproxima os ACS da comunidade e essa interação pode gerar uma relação de confiança entre as partes, contribuindo para decisões que serão planejadas e executadas no processo de trabalho (Costa &

Ferreira, 2011). O respeito da comunidade pelo papel que desempenham também implica numa responsabilidade diante dela, como traz a fala a seguir:

A gente tem todo um cuidado de estar mantendo as orientações atualizadas, a gente evita sair sem máscara, que é pra poder continuar as pessoas cientes de que a pandemia não acabou. E é isso...ACS é ACS 24 horas por dia, sábado e domingo...é direto. Recentemente, um colega passou por uma situação que uma paciente surtou no final de semana e ela foi pra casa dele para ele poder ajudar a intervir, ligar pro SAMU, falar com quem, pra onde vai. Então é 24h (Pesquisador participante).

Considerando a capilaridade do trabalho que os ACS desempenham no território, Maciel e colaboradores (2020) apontam que, em períodos de pandemia ou surtos, as características de seu fazer de orientação comunitária auxiliam na maior permeabilidade e aceitação das medidas estabelecidas e preconizadas pelas autoridades de saúde do país a nível territorial. Enquanto educadores em saúde, os ACS possuem a tarefa de fomentar reflexões junto aos coletivos com quem atuam para o enfrentamento das situações que a pandemia traz, bem como podem auxiliar na coleta, conhecimento, sistematização e tradução das angústias e dúvidas da população, neste cenário, dando como resposta orientações e informações gerais e o acolhimento às suas demandas (Maciel et al., 2020).

Um pesquisador participante traz a temática da função educadora do trabalho do ACS como estratégia no combate ao negacionismo em voga no cenário nacional. Ele diz:

Nós temos ido para as ruas trabalhar com a questão do medo e também dos mitos. O brasileiro tem a ideia de que “isso não vai acontecer comigo”. Nós estamos matando o mito na comunidade. O mito de “se eu tomar uma cachaça mata o vírus que fica na garganta”, o mito do “atleta”. Após a constitucionalização do mito do “atleta” veiculada pelo presidente, surgiram vários “atletas” na comunidade. São formas de reduzir a importância do vírus, são modos negacionistas (...) O ACS é uma sentinela, nós trabalhamos com educação em saúde e, neste momento de pandemia, estamos indo para as ruas levar informações para a

população e combatendo os “mitos”. Somente através de educação popular é possível fazer a diferença no enfrentamento do vírus (Pesquisador participante).

O negacionismo em torno da pandemia, no caso brasileiro, pode ser percebido em diferentes frentes para além das citadas no trecho anterior, como por exemplo, em relação ao colapso da saúde em Manaus, que levou à falta de leitos para atender às demandas de internação, à falta de oxigênio para a assistência de pessoas em tratamento nas unidades de saúde e que, pelo alto número de óbitos, gerou um colapso funerário. Acrescenta-se a isto um movimento antivacina e à negação de estudos sobre os efeitos do isolamento social e do uso de certos medicamentos sem eficácia comprovada para o tratamento da doença. Estas são algumas das recorrentes expressões do negacionismo sobre a pandemia de Covid-19, que vêm se articulando com outros movimentos negacionistas fortalecidos nos últimos anos, em âmbito mundial, como o negacionismo científico, o climático e o histórico (Morel, 2021).

Neste contexto, Morel (2021) defende a importância de ações com base na perspectiva da educação popular em saúde, cujos princípios são o diálogo, a emancipação, o respeito aos saberes populares e o compromisso com a transformação social por um projeto popular e democrático. Isto, pois, tal concepção atua no sentido de superar a distância entre as políticas públicas de saúde e as diferentes realidades da população, por meio de ações educativas que possibilitem a tradução, a reflexão e a problematização dos conhecimentos científicos, transformando-os em cultura, prática e realidade, ao mesmo tempo em que faz emergir questionamentos que partem do cotidiano e dos saberes populares para a própria ciência (Morel, 2021).

Corroborando com a fala posta em destaque, a autora ressalta a importância do papel desempenhado pelos ACS, neste trabalho educativo popular e de mobilização, como uma valiosa forma de combate ao negacionismo da pandemia (Morel, 2021), uma vez que seu fazer tem potencial para alcançar as crenças e a visão de mundo das pessoas e atuar sobre comportamentos e escolhas individuais, as quais têm, neste momento, configurado desafios ao enfrentamento da Covid-19 (Maciel et al., 2021).

Considerações finais

Ao decorrer deste capítulo, as discussões apontaram para os atravessamentos do medo, do estresse, da ansiedade e das angústias frente à pandemia de Covid-19 e suas consequências, no cotidiano do trabalho dos ACS. A necessidade de alterações da rotina pessoal e familiar e o imperativo de reorganização dos processos de trabalho, visando a autoproteção e a garantia da continuidade do cuidado às comunidades, foram importantes fatores adicionais a uma situação que já era de considerável complexidade. A possibilidade e, muitas vezes, a realidade de contaminação dos próprios trabalhadores, de seus familiares e das pessoas junto às quais atuam fora citada como fator gerador de grande sofrimento, levando, em alguns casos, à necessidade de tratamento medicamentoso como meio de abrandar os sintomas decorrentes do contexto pandêmico ameaçador que se instaurou.

A garantia de EPI e condições seguras de trabalho, bem como a constante supervisão e acompanhamento do fazer dos ACS, com vistas a mantê-los atualizados e munidos para o desempenho de suas atividades, foram tópicos trazidos como tema de reflexão e como medidas a serem implementadas continuamente, a fim de promover acolhimento e orientação aos próprios trabalhadores. Do mesmo modo, a instituição de protocolos e o estabelecimento de fluxos para o uso de TIC foi indicada como ação necessária à formalização e ao fortalecimento de uma estratégia já empregada pelos ACS, mas que pode servir à uma melhor condução dos casos, possibilitando o acompanhamento periódico das pessoas na atual situação de redução de deslocamento e contato social.

A particularidade do cenário nacional, caracterizado pela instabilidade política e constante veiculação de informações contraditórias relacionadas à doença, as formas de prevenção e de tratamento, que acabaram por fomentar e criar mitos sobre a população brasileira e a própria Covid-19, também apareceram como complicadores ao trabalho dos ACS. Neste sentido, a função educativa e mobilizadora, dada a capilaridade de sua atuação no território, foi percebida como potente para o combate ao negacionismo, já que a característica relacional de seu fazer, o qual tem base na proximidade com as pessoas, no estabelecimento de vínculo e de diálogo, favorece a identificação

de demandas, de fragilidades e potenciais estratégias criativas para o cuidado às comunidades diante do cenário vigente.

A sobrecarga de trabalho sentida pelos pesquisadores participantes desta PAPE e ilustrada pela expressão “trocar os pneus com o carro andando” indica a importância e a responsabilidade de seu fazer perante a população. Também pode ser ressignificada e lida no sentido da potência de seu trabalho como um ato que vai se configurando e compondo no momento de sua realização e que, orientado em direção à construção de uma sociedade menos desigual, mais segura e justa para os diferentes grupos populacionais, pode ser inventivo e criativo, modulando-se de diferentes formas para responder às exigências que lhes são postas. Em tempos de crise, como a que se está a enfrentar atualmente, essa potência ganha amplitude, uma vez que pode servir ao engajamento da própria comunidade nas transformações necessárias da sociedade e na formulação de respostas mais assertivas para as problemáticas que as acometem, a partir de seus desejos, saberes e realidades.

Referências

- Andrade, J. L. V. et al. (2021). “Água de chocalho” em rede: roda de conversa online com famílias de crianças autistas durante a pandemia de Covid-19. *Expressa Extensão*, v. 26, n. 1, p. 429-437. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/1966>
- Assumpção, E. L. A., & Franco, T. B. (2016). Território existencial e poder soberano: experiências de cuidado e as vidas no crack. In: Ceccin, R. B. et al (orgs). *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Broch, D. et al. (2020). Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. *Revista Escola de Enfermagem USP*. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4gvNKTSTgR9CTxYxMGkdhRG/?lang=pt&format=pdf>
- Costa, E. M., & Ferreira, D. L. A. (2011). Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 9 (3), 461-478. <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z4m4hCK59HBDZvGtcpz74Dg/abstract/?lang=pt>
- Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto

- da pandemia por Covid-19. Interface (Botucatu). <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1154585?src=similardocs>
- DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (2019). População residente: estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2019. Brasília. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>
- Freire, P. (1967). Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1972). Pedagogia do oprimido. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. (2019). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população. Brasília, 2019.
- Johnson, O.; Goronga, T. (2020). Why communities must be at the center of the Coronavirus disease 2019 response: lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 12 (1), 2496-99. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2496>
- Loewenson, R. et al. (2014). Participatory action research in health systems: a methods reader. Canadá: TARSC, AHPSP, WHO, IDRC, Equinet. https://www.researchgate.net/publication/283715907_Participatory_Action_Research_in_Health_Systems_A_Methods_Reader
- Maciel, F. B. M. et al. (2020). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 25, supl. 2, 4185-4195. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804185&lng=pt&nrm=iso
- Mclemore, M., & Choo, E. (2019). The right decisions need the right voices. The Lancet, 394 (10204), 1133. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32167-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32167-1/fulltext)
- Morel, A. P. M. (2021). Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 19, e00315147. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100404&lng=pt&nrm=iso
- Moura, A. B. F., & Lima, M. da G. S. B. (2014). A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, João Pessoa, 23 (1), 98-106. <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/448>
- OPAS. (2020). Alerta Epidemiológico: complicações e sequelas da COVID-19. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=alerta-epidemiologico-complicacoes-e-sequelas-da-covid-19&Itemid=965
- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de Covid-19. REFACS, 8 (4), 960-966. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877>
- Vital Surveillances. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. China CDC Weekly, 2 (8), 113-22. <https://www.ourphn.org.au/wp-content/uploads/20200225-Article-COVID-19.pdf>

PANDEMIA POR COVID-19: NOVAS AFECÇÕES NA RELAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM A COMUNIDADE

Mayara Cristina Villela Santos
Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira

Se o corpo humano é afetado de uma maneira que envolve a natureza de algum corpo exterior, a mente humana considerará esse corpo exterior como existente em ato ou como algo que lhe está presente (Spinoza 5, E II, P17, p.111).

Introdução

No fim de 2019, o mundo se deparou com uma pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, novo coronavírus, causador da doença que a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamou de Covid-19. Em resposta rápida à progressão e expansão da doença que se alastrava e ao número de casos graves e de mortes que se acumulavam na sociedade, autoridades políticas viram-se diante da necessidade de implementar medidas de controle, como uso de máscaras, álcool em gel, distanciamento e isolamento social, embasadas no que até então a comunidade científica conhecia sobre o mecanismo de transmissibilidade do vírus. Entende-se como distanciamento social a redução de interação entre as pessoas de uma comunidade a fim de diminuir a velocidade de transmissão do vírus, tendo estratégias como fechamento de escolas, mercados e locais públicos, cancelamento de eventos e demais atividades presenciais, evitando aglomerações de pessoas; enquanto isolamento social consiste na separação entre pessoas doentes (sintomáticos, casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus) de não doentes, a fim de evitar a propagação viral, podendo ocorrer em ambiente domiciliar ou hospitalar, de acordo com as condições clínicas da pessoa.

Em um curto período, os noticiários televisivos e jornais impressos foram tomados por informações relacionadas ao novo coronavírus e a sociedade

começou a enfrentar os primeiros desfechos deste novo agravo à saúde. As pessoas se depararam com os efeitos de Covid-19 direta ou indiretamente, como sintomas físicos causados pelo encontro do vírus com o corpo, assim como experimentaram a mudança dos seus cotidianos em razão de medidas diversas como fechamento de escolas, lojas, comércios e a necessidade de adoção de medidas de proteção respiratória nunca antes imaginadas.

Ou seja, a pandemia e suas repercussões resultaram em implicações que atravessaram todas as esferas da vida social e, com a imersão na nova realidade, as relações interpessoais também foram afetadas, assim como os seus significados para os envolvidos, gerando experimentações de novas afecções, por inúmeras vezes provocando sentimentos negativos. Segundo Deleuze, citando Spinoza (2002), a afecção “é um efeito, ou a ação que um corpo produz sobre um outro”, ou seja, é o efeito do afeto sobre um corpo. Dessa maneira, é que muitos profissionais de saúde, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a vivenciar, por vezes, outros processos de adoecimento além daquele causado diretamente pelo vírus, em razão do enorme impacto em suas rotinas de trabalho e na produção do medo.

Partimos da premissa de que todo trabalho em saúde acontece com base no encontro, seja do trabalhador com seus colegas, ou com os usuários. O encontro entre sujeitos traz em si, não apenas aquele corpo biológico, eventualmente com algum problema, mas vem com ele uma história de vida, expectativas, desejos, enfim, o mundo do usuário e do trabalhador se apresenta na cena de cuidado. Todo corpo tem o poder de afetar e ser afetado nos seus encontros com outros corpos. Foi partindo desta primeira ideia, e, buscando entender a dinâmica dos encontros e seu funcionamento, que recorreremos à “teoria de afecção” do filósofo Baruch Spinoza (1632-1677).

Entendendo-se como corpo os humanos e tudo aquilo que apresenta matéria, assim como tudo o que é imaterial e apresenta ideia, conceito, sendo os corpos uma potência em ato e uma força de existir podendo afetar e ser afetado pelo que o cerca. Então, sendo os indivíduos por si só corpos e o mundo em pandemia exercendo-se também como corpo, do mesmo modo que o vírus e a doença, o encontro diário das pessoas com o mundo externo imerso na Covid-19 que as cerca, tal como entre estas, resulta em *afecções* singulares.

Diante de um encontro entre corpos, segundo Spinoza (2008), as *afecções* são múltiplas e tem a potência de agir aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada. Assim, um mal encontro resulta no corpo uma redução da potência de agir como efeito da tristeza, ao passo que um bom encontro resulta no corpo um aumento da potência de agir, efeito da alegria. Por exemplo, ao vivenciarmos uma situação, como assistir um vídeo, escutar um poema declamado, ler um livro, experimentamos sensações pelas quais nosso corpo padece, de alegria, que interfere em nossa potência de agir, aumentando-a, ou de tristeza e assim diminuindo-a. Então, a pandemia de Covid-19, como corpo externo material, representado pela doença, e imaterial representado pela ideia que a cerca e suas repercussões na vida cotidiana da população, produz efeitos em todas as pessoas, tal como interfere nas relações interpessoais, elevando e/ou reduzindo a potência em cada um de agir.

Assim, entende-se o fato de todas as pessoas serem afetadas em algum grau ao encontrarem o corpo pandêmico, geralmente tendo sua potência de agir reduzida. Segundo Franco (2020) todas as pessoas no contexto da pandemia são acometidas em algum grau de sofrimento mental. Começando pelos mais expostos, os trabalhadores da saúde, os grupos de maior risco, como idosos, mas também a população que, de alguma forma, se encontra diariamente com a ideia de doença, sofrimento e morte.

A afecção, pois, não só é o efeito instantâneo de um corpo sobre o meu mas tem também um efeito sobre minha própria duração, prazer ou dor, alegria ou tristeza. São passagens, devires, ascensões e quedas, variações contínuas de potência que vão de um estado a outro (Deleuze, 1997, p. 157).

Para Deleuze (2002) filósofo francês, o encontro entre os corpos resulta em *afecções* com efeitos que implicam além do instantâneo, repercutindo na duração dos corpos e em suas potências de agir. Trazendo para o momento atual, a pandemia afeta as pessoas instantaneamente, mas também prolonga seu efeito de duração, ao afetar variadas esferas desde a saúde, pelo próprio acometimento pela doença, como a social pelo distanciamento e isolamento social e seus desencadeantes.

Deste modo, toda e qualquer experiência dos trabalhadores de saúde em contato com a comunidade gera afetos, sejam positivos e/ou negativos, os quais são percebidos à medida em que produzem subjetividades, a partir de alegrias ou tristezas que se instituem no seu corpo a partir destes encontros. Pois, o afeto, como um verbo - afetar - de “via dupla”, ao mesmo tempo em que a pessoa afeta o outro ela é afetada, sendo exatamente esta a capacidade dos corpos, segundo o autor. À medida que há valorização do “eu” na relação com o mundo, reconhecimento da subjetividade no agenciamento das ações humanas, há racionalidade e afeto. Isto significa que ao se dispor de tempo para reflexão sobre tais afetos, há percepção de suas dimensões e significados únicos e singulares para cada corpo.

Com a dinâmica social totalmente modificada tendo em vista o contexto da Pandemia, principalmente, de medidas de mitigação dos seus efeitos, os trabalhos que exigiam proximidade entre as pessoas e a comunidade viram-se na necessidade de se renovarem e se adaptarem para que continuassem a existir. Dentre estes, o trabalho dos ACS, no cotidiano de cuidado em saúde, para continuar ofertando assistência às demandas já existentes, assim como às novas desencadeadas pela Covid-19, encontrou na criatividade e inventividade estratégias para se adaptar aos diversos desafios impostos.

A partir destas considerações, propomos algumas questões norteadoras para a discussão aqui pretendida: nas relações pessoais, sociais e de cuidado dos ACS para com a comunidade assistida, o que o momento atual de pandemia trouxe e desencadeou no campo das afecções? Quais os impactos na vida daqueles que experimentam estes novos sentimentos? Como estes profissionais têm lidado com os desfechos destes? Na busca por reflexão e possíveis respostas para tais indagações, o presente texto traz parte dos resultados de uma pesquisa-ação participativa de cunho emancipatório (PAPE), que foi pensada e desenvolvida respeitando o distanciamento social por meio da criação de espaços virtuais, utilizando-se a ferramenta Google Meet® durante os 8 encontros on-line, para o diálogo e a troca de experiências e saberes entre docentes e discentes da UFF e de profissionais de saúde, sendo 12 ACS e 1 LC, que atuam próximos à comunidade, trabalhando envolvidos no cuidado cotidiano de pessoas com doenças crônicas. desenvolvida ao longo do segundo semestre de 2020, na cidade de Niterói/RJ, a qual está descrita e justificada no capítulo anterior sobre o Trabalho dos Agentes

Comunitários de Saúde na Pandemia de Covid-19, neste livro. O objetivo foi analisar o processo de trabalho em saúde, em contexto de pandemia por Covid-19, atentando para a organização e adaptação dos serviços de proximidade com as comunidades, diante das recomendações e medidas de distanciamento social, para a continuidade do cuidado aos portadores de doenças crônicas.

Assim, o presente capítulo objetiva refletir e discutir sobre as novas *afecções* imbricadas nas relações entre profissionais de saúde, mais especificamente, do ACS com as comunidades assistidas por eles, no período da pandemia de Covid-19, as quais se fizeram vir à memória e reavivaram-se durante o percurso investigativo supracitado. Ao discorrer do texto, será possível refletir quanto às questões anteriores, por meio da análise de relatos e falas obtidas com a PAPE, e se poderá identificar as relações de proximidade dos ACS com a comunidade assistida, assim como sua importância no processo de educação e cuidado em saúde.

Nuvem de palavras: produto de reflexões

De acordo com a pedagogia freiriana, a utilização de recursos como estratégias que auxiliem na condução do processo educativo, por exemplo, situações-problemas, elaboração de fichas-roteiro por meio de slides, filmes ou imagens, facilitam uma análise compartilhada de evidências, vivências e experiências entre os envolvidos. Diante disto, em um dos encontros da PAPE anteriormente mencionada foi utilizado um vídeo - recurso audiovisual - a fim de estimular a reflexão e decodificar seus sentidos, significados e impactos, possibilitando uma tomada de consciência crítica, um potencial de ações transformadoras das realidades locais.

O recurso audiovisual utilizado foi o poema “Estamos Esgotados” (Júlia Rocha, 2021) escrito e declamado pela médica e escritora Júlia Rocha. Trata-se de uma obra sob a ótica de uma profissional de saúde, a qual faz uma reflexão sobre o momento de pandemia de Covid-19. A partir disso, organizou-se a dinâmica - “chuva de ideias” - na qual cada participante da roda de conversa pudesse pensar e falar palavras ou frases que expressassem sentimentos despertados pelo vídeo. Como produto desta reflexão coletiva, foi feita uma “nuvem de palavras”

(Figura 1), com auxílio da ferramenta on-line “Nube de Palabras”. Então, deu-se a discussão com base na “chuva de ideias” formada em conjunto.

Figura 1. Nuvem de Palavras, produto das reflexões do terceiro encontro.



Fonte: Relatório de pesquisa.

Neste processo de reflexão, os pesquisadores depararam-se com palavras e expressões carregadas de significância e de sentimentalidade diante de experiências e vivências trazidas à memória de cada um. O despertar, por meio de palavras, de experimentações já vividas proporcionou o desenvolvimento e o compartilhamento destas entre os participantes, como se cada palavra e expressão fosse a “ponta” de um novelo de linha que em seu desenrolar trouxe à lembrança momentos vividos, desde o início da pandemia e suas reflexões, em relação aos impactos destes no âmbito coletivo e individual. Estas “pontas” transitaram desde tristeza, irritabilidade, agonia, desgaste, descaso, esgotamento profissional e individualidade, à acalanto, cuidado, compaixão, solidariedade, encontros, conexão, coletivo, humanidade, esperança(r) e superação, envolvendo procura de saídas/soluções, o repensar de práticas, mudanças, criatividade, orientações, reciclar-se, amadurecimento, tempo, resignificação da vida e a noção de

insubstituibilidade do ser. Trata-se de novas *afecções* geradas através do contato dos ACS com outros corpos, pessoas da comunidade assistida, todos imersos e em contato contínuo com o corpo pandêmico.

No momento atual, em que os desfechos do vírus atravessam várias esferas do cotidiano da população impondo a necessidade de uma nova realidade de convivência que não é respeitada por todas as pessoas, há o reconhecimento do surgimento de novas *afecções* nos ACS's e nos encontros com outros corpos que trazem sentidos sobre o cuidar. Sob efeito deste mundo, por vezes a tristeza, a agonia e a irritabilidade são exemplos de afecções negativas que acometem os pesquisadores em determinados momentos, conforme uma das falas a seguir:

Irritabilidade quando andamos na praia e vemos pessoas sem máscara; quando vemos pessoas em frente à clínica, no bar, confraternizando; quando vemos pessoas saindo, indo a festas, enquanto nós, da área da saúde, estamos vivenciando tudo o que foi dito no poema. Irritabilidade com as pessoas que dizem que a COVID-19 não é nada, apenas mais uma “gripezinha”. A irritabilidade é com o outro, com aquele que desdenha do que estamos vivendo (ACS).

A irritabilidade se faz presente no trabalhador de saúde quando há o encontro entre os corpos, este e (a) o usuário, em que (a) o usuário está em determinadas circunstâncias as quais não são condizentes com as novas demandas da realidade impostas pela pandemia, como o distanciamento social, e a reflexão do profissional de saúde traz a percepção da dimensão deste afeto.

Nessas circunstâncias, o ACS vive em uma realidade diferente daquelas pessoas que não seguem as recomendações de cuidado e prevenção, e expressa isto. Ao restringir e se privar de sua vida social e de lazer em decorrência das medidas de mitigação do vírus, compreende as consequências possíveis na vida dos que são acometidos pela doença, tem um pensamento de bem-estar coletivo, o trabalhador vê-se como exemplo para a comunidade em que vive e espera o mesmo desta. No entanto, se depara com parte das pessoas seguindo suas vidas no padrão de “normalidade” não mais possível, no momento, colocando em risco a si mesmas e a coletividade, à medida em que podem adquirir Covid-19 e transmiti-la, inclusive para quem segue as medidas de controle recomendadas.

O profissional relata sentir-se desacreditado ao se deparar com essas situações e isto gera irritabilidade, pois por mais que ele se esforce e faça sua parte para que os casos de Covid-19 reduzam, não depende só dele, mas sim de diversos fatores, dentre estes, a colaboração de toda a sociedade, da qual uma parte não tem o mesmo empenho.

Desencadeado pela pandemia atual, o novo cenário gerou impactos globais na área da saúde e grande preocupação na saúde mental e física nos profissionais de saúde (WHO, 2020). Os sistemas de saúde dos países atingidos entraram em estresse, e os profissionais desta área se tornaram cada vez mais exaustos e afetados, com as longas horas de trabalho e distanciamento social. Em decorrência desta perspectiva, estes profissionais tendem a desenvolver um desgaste físico e emocional que repercute em suas vidas, além do surgimento de problemas como: esgotamento mental, depressão, exaustão. O que é evidenciado no relato a seguir:

Os problemas do trabalho não ficam no trabalho, eles acompanham a gente para casa. Uma experiência pessoal que tive foi com minha esposa que também trabalha na medicina da família, em uma de nossas conversas perguntei a ela se estava tudo bem e ela “desabou” a chorar, pois não estava dando conta, não estava conseguindo lidar com a mudança rápida de informações, com a perda de colegas da faculdade por causa de Covid-19. Nós não somos corpos dissociáveis, nós somos os mesmos. A mesma pessoa que trabalha e que vai para casa. Estamos ainda aprendendo a lidar com isso (ACS).

O relato evidencia a presença de desgaste, tanto físico quanto emocional, da profissional, o que é decorrente do estresse intenso que o trabalho na área de saúde resulta em circunstância de pandemia. Evidencia um corpo perto do colapso, sofrendo também pelos afetos negativos do cotidiano, o que reduz sua energia vital. Isto, porque, o momento pandêmico trouxe uma nova realidade e com ele vieram as mudanças, e consequências de como lidar com o trabalho de cuidado diário de pessoas acometidas pela doença, perda de vidas em decorrência dela, inclusive de pessoas próximas como familiares e colegas, assim como ter que lidar com a rápida circulação de novas informações relacionadas à Covid-19. São

mudanças rápidas e significativas na vida destas pessoas que imprimem nelas suas consequências, as quais demandam saúde, tempo e apoio para trabalhá-las a fim de se repor para o que ainda está por vir. O mundo pandêmico não disponibiliza este tempo. As pessoas estão vivenciando e aprendendo a lidar com todas as transformações ao mesmo tempo, e isto tem consequências.

Somado a estes fatores, há o sobrecarregamento laboral dos profissionais de saúde devido ao afastamento de parte dos colegas de trabalho de equipe acometidos por Covid-19. Neste contexto, aqueles que atuam nesta área tornam-se mais suscetíveis, podendo ser acometidos pela Síndrome de Burnout, a qual consiste em um conjunto de sintomas caracterizado por sinais de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional em decorrência de uma má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional. É o que tem acontecido com parte de ACS que se viam aptos e dispostos a atuarem em seus postos, como relatado na fala seguinte: “[...] várias pessoas acabaram tendo que ficar afastadas do trabalho por causa de ter pegado COVID-19. Uma colega minha acabou ficando sobrecarregada por causa disso, isto causa um estresse significativo” (ACS).

Conviver diariamente com os noticiários a todo momento escancarando a realidade da pandemia e sua gravidade, ter incertezas quanto a possibilidade de ser ou ter alguém próximo acometido gravemente pela Covid-19 podendo ir a óbito, vivenciar sua realidade social totalmente modificada com as medidas de mitigação e ficar sobrecarregada em seu trabalho, são situações difíceis e que impactam a vida de qualquer pessoa. Há aqueles que, além de vivenciarem todas estas, as experimentam com maior intensidade, como profissionais de saúde no processo de cuidado e, neste contexto, os ACSs. São circunstâncias que por si só geram estresse significativo e apresentam consequências compatíveis. Nenhum corpo é inerte ao corpo pandêmico.

Imagine garrafas d’água, cada uma tem um volume, em cada volume é possível colocar uma quantidade de gotas para não transbordar e que permite fechá-la, até que a esvazie ou reduza seu conteúdo. As gotas d’água deixam “marcas” no recipiente que as contém ao molhá-los. Metaforicamente, é assim que cada profissional de saúde reage. Cada ACS tem a capacidade de vivenciar um volume de situações, em cada volume suportam uma quantidade de

situações difíceis que quando aumentadas podem transbordar e não permitem ao profissional comportá-las até que este se revigore e se reponha para enfrentar novas situações. Estas deixam “marcas”, impressões naqueles que a vivenciam. No momento atual, não tem havido tempo para que os profissionais se estabeleçam, o esgotamento destes, como o de uma garrafa d’água com uma gota a mais, tem sido frequente. Sobre isto, um dos pesquisadores participantes evidencia o esgotamento profissional:

Exaustão, sobrecarregamento do trabalho, não pode errar em momento algum, como isso nos esgota! Somos a mesma pessoa, não somos dissociáveis. O trabalho nos leva a exaustão, nós não podemos errar, não podemos levar doença para casa, temos que estar a todo tempo em alerta. Não somos dissociáveis, o trabalho também nos afeta. O quanto isto interfere em nossa saúde! (ACS).

Cada ser humano é único por si só, e composto por várias “máscaras”, expressões de suas singularidades, sendo, então, vários em um só ser: família, amigo, profissional, entre tantos outros. Todas estas facetas são componentes fundamentais de um todo corpo-socioafetivo. Ou seja, são indissociáveis ao mesmo tempo em que se complementam. Há a dimensão orgânica e afetiva destes corpos, produzida com base nas experiências de vida e no meio em que vivem, que é o seu mundo, com o qual produz seus encontros. Produz este mundo, e ao mesmo tempo é produzido por ele. Assim como um “cubo mágico”, em que cada parte é dependente das outras ao mesmo tempo em que se complementam, necessitando estar em harmonia para que o cubo seja resolvido, é a pessoa com suas facetas que são dependentes uma das outras ao mesmo tempo que se complementam, necessitando estar em harmonia para que haja o bem-estar de um corpo-socioafetivo. A partir disto, entende-se o que um dos pesquisadores participantes dizem a seguir:

Nossa saúde física e mental está conectada, somos facetas da mesma pessoa. Nós somos sim afetados por tudo aquilo que nos envolve no dia a dia. A pandemia coloca em evidência a saúde mental, os agravos em saúde mental que estão envolvidos diante de todo esse medo,

angústias e incertezas que estamos vivenciando. Estamos passando por um momento complicado e histórico que está mudando a história de toda humanidade (ACS).

O novo cenário da sociedade no contexto da pandemia trouxe consigo uma tensão que gera medos e incertezas, desafios que submeteram as pessoas a redefinirem, de maneira consciente ou não, tanto a sua posição na sociedade quanto o sentido da sua vida e de estar vivo. De certo modo, esta tensão instiga as pessoas para lidarem com os desafios impostos. Logo, reacenderam-se e intensificaram-se as virtudes do cuidado, da generosidade, da solidariedade, da humanidade, dos encontros e conexões com o outro, do coletivo e da esperança e superação. Afetos positivos que instigam e aumentam a capacidade que cada corpo tem de exercer sua potência sobre sua vida e ao seu redor ao atuar como resistência à pandemia junto de sua comunidade, como um coletivo. Conforme o relato do ACS a seguir:

A superação, a orientação em saúde, passou do limite da humanidade, nós tivemos que nos colocar no lugar do outro, uma ação difícil de se fazer. Foi preciso trazer à compreensão de outras pessoas os riscos da doença, é um exercício que transcende a nossa profissão. De chegar em colegas e vizinhos que estão na rua e dizer “poxa, tenho filhos, esposa, mãe, será que você não compreende os riscos de poder pegar/transmitir a doença para outras pessoas?”, e ao mesmo tempo compreender que existe mãe de família, diarista, que sustenta sua casa e não recebeu ainda o auxílio emergencial¹, dizer “mas eu preciso trabalhar, minha patroa só pede para que eu passe álcool em gel”. Então, nós tivemos que aprender a lidar com diversos tipos de situações [...] Isto acabou exigindo mais dos profissionais de saúde. A pandemia trouxe mais esse lado humano para nós (ACS).

Nesta fala percebe-se o desenvolvimento de empatia, de se colocar no lugar do outro, que transcende à profissão, ultrapassando o tom de humanidade, necessário para que o ACS compreenda as diversas realidades em que atua. Mais

¹ Auxílio Emergencial: benefício financeiro mensal de R\$ 600,00, podendo chegar à R\$ 1.200,00, destinado a trabalhadores(as) informais, Microempreendedores individuais (MEI), autônomos(as) e desempregados(as). Tem por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela Pandemia do Coronavírus - Covid-19.

do que nunca, houve a importância de colocar em prática a humanidade que não é exclusiva da profissão, mas sim do ser humano, ora deixada em segundo plano. Munido de equidade, resgatá-la e reavivá-la tem auxiliado e facilitado a aprender a lidar com as diversas realidades sociais presentes na comunidade.

Como parte da existência humana, o medo é uma incerteza de que algo negativo aconteça, mas a incerteza como possibilidade de que nada se suceda, também gera a esperança. Tanto o medo como a esperança são afecções presentes no mundo pandêmico. Nas incertezas geradas pela pandemia há os medos, medo do futuro, medo da morte, medo do amanhã e tantos outros medos originados na imaginação direcionada ao já vivido e/ou ao futuro esperado. Tais medos são acompanhados de esperança, esperança de que estes não aconteçam e mais, de que se possa fazer algo para que não ocorra.

Trata-se de esperança como verbo, movimento e ação, que tem sentido em esperar, em agir e ter atitude para mudar o que se propõe, como sugere Paulo Freire.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo [...] (Freire, 1992).

É uma *afecção* que eleva a potência de agir das pessoas, as quais são impulsionadas a tomarem decisões e realizarem ações a fim de mudar aquilo que as incomodam, reduzindo as incertezas.

Em consonância, a tomada de consciência da necessidade de ação transformadora individual e coletiva imposta pela pandemia encontra no trabalho em saúde, como de promoção e de prevenção em saúde, sua força de ação. Os corpos, então, tornam-se ainda mais potentes ao atuarem no enfrentamento do Covid-19 em suas comunidades. Portanto, o trabalho exercido pelos ACSs junto da e na comunidade, assim como a luta pela manutenção e melhora do SUS, são fundamentais, como ressalta uma das falas:

Comprometimento é o que faz o SUS acontecer e agora é o momento de nós colocarmos a nossa vontade, falarmos o que queremos, lutarmos pelo SUS que tem que permanecer. Cada um de nós do jeito que fazemos/podemos estamos enfrentando e fazendo com que a pandemia seja minimizada, suavizada (ACS).

O aumento da força de existir e potência de agir faz com que as pessoas tenham comprometimento, e tomadas de ações para que haja continuidade de um bem coletivo tão necessário, principalmente no momento atual, que é o SUS. É uma das esperanças em ato, em ação, para que a pandemia seja suavizada, objetivando um futuro melhor. É de um significado ímpar a importância deste comprometimento, é o que faz o SUS acontecer.

Outra esperança em ato é a solidariedade. A qual intensificou-se, como relatado a seguir:

A comunidade se mobilizou para ajudar o próximo, com doação de roupas e alimentos. Pessoas que receberam o auxílio emergencial separaram uma parte para comprar alimentos e produtos de limpeza para doar. Ficamos mais humanos e mais solidários (ACS).

Para uma sociedade sólida, coesa e justa, as diferenças sociais devem ser mínimas, a fim de proporcionar igualdade de direitos a todos. Em épocas de crises, como a financeira em que se encontra o país, agravada pelo momento atual, as diferenças sociais aumentam e tornam-se ainda mais significativas, agravando as desigualdades sociais. Ao mesmo tempo, algumas pessoas atuam de modo a ajudar aqueles que necessitam, através de doações, por exemplo, atos de solidariedade que acabam por, inconscientemente ou não, contribuir para a construção de uma sólida sociedade (solidariedade, sólida sociedade).

Do mesmo modo que a solidariedade, a fala de um pesquisador participante indica que a empatia e a humanidade se reavivaram, refletindo potencialidades e virtudes:

Boa parte dos pacientes foram mais compreensíveis com algumas situações, como a falta de determinados procedimentos no posto, falta de médicos. Muitos pacientes mostraram-se mais cuidadosos

conosco, preocupados com a nossa saúde. Isto foi bastante gratificante (ACS).

As afecções positivas, assim como o esperar, impulsionaram ações transformadoras nas quais a pessoa se tornou sujeito mais ativo de seu viver, tanto na esfera individual quanto na coletiva, à medida em que procurou saídas e soluções a fim de contornar e superar questões e desafios os quais surgiram com a pandemia. Conforme pode ser notado na fala seguinte: “[...] o profissional de saúde se deparou sobre uma situação nova, desconhecida, e teve a expertise de trabalhar com o novo e de lidar com mitos de anos e anos, como se o coronavírus não fosse algo novo” (ACS).

O trabalhar com o novo demandou expertise para lidar com o desconhecido. Então, o profissional encontrou no repensar de suas práticas, com mudança e criatividade, a possibilidade de reciclar-se, ressignificando o sentido de/a vida. O que foi possível através de experimentações de vivências neste momento histórico que proporcionaram, conscientemente ou não, a noção de insubstituibilidade do ser, e, o seu amadurecimento.

O cotidiano trivial das pessoas no período pré-pandemia de Covid-19 foi colocado em “xeque” e a ameaça à vida humana fez pensar sobre modos de mantê-la que impactaram o dia a dia das pessoas. Assim, houve alterações nos contatos humanos que se tornaram mais distantes, com o distanciamento e o isolamento social. Surgiram novas realidades e necessidades sociais, assim como se intensificaram aquelas que já eram difíceis, desafios que demandaram e demandam perspicácia e criatividade do profissional de saúde, como relatado: “O quanto tivemos que nos reinventar em diversos sentidos, realidades. A pandemia veio a complicar diversas situações/realidades/relações que já eram difíceis” (ACS).

A pandemia impôs mudanças no cotidiano que reduziram a velocidade dos afazeres, proporcionando a disponibilidade de tempo e espaço para que cada pessoa refletisse sobre si e sobre o mundo, ressignificando o sentido de/a sua vida. Tempo e espaço que antes eram consumidos de modo automático, como se o amanhã fosse algo concreto e infinito. Como evidencia o trecho a seguir:

A pandemia reduziu a velocidade de como as coisas vão acontecendo. Permitiu o tempo para nós pensarmos em nós mesmos, para nós processarmos. O tempo é um remédio!

Passamos a dar mais valor no que antes da pandemia era trivial. A pandemia trouxe a oportunidade de se ver, de se pensar, de ter um tempo para você mesmo (ACS).

Ainda sobre efeito do tempo que se tornou abundante com o desacelerar da vida, o redescobrir-se se fez presente:

Com a pandemia nós “redescobrimos” que temos tempo para tudo. Que temos tempo para descobrir que nós também temos uma fragilidade mental igual ao nosso paciente, tempo de visitar nossos familiares, tempo de se cuidar, tempo de selecionar o que nos faz bem. Isto trouxe mais maturidade (ACS).

Além de redescobrir-se, o aprender a lidar com seus próprios sentimentos e importâncias, o ressignificar-se também se fez presente:

Estou diferente, mais tolerante. Hoje eu ‘respiro’ mais. Era uma pessoa com muita emoção e menos razão e hoje sou mais razão que emoção. Hoje eu consigo “respirar” mais, hoje eu estou conseguindo dar menos importância às pequenas coisas que não são importantes (ACS).

Neste mesmo sentido, outro ACS diz: “*A pandemia talvez tenha vindo nos trazer a necessidade de ter tempo para nós, de descansar, de dar importância para o que é essencial*” (ACS)

Desse modo, o exercício do pensar e a reflexão do sujeito proporcionada pela disponibilidade de tempo e espaço, gerados em momento de pandemia, assim como suas circunstâncias e desafios possibilitaram a retomada da noção de insubstituibilidade do ser humano. Conforme se faz notar na fala seguinte:

[...] me faz lembrar que eu sou humana, que não sou uma máquina [...]. A máquina tem dois lados, um aparelho é só ligar que ele começa

a funcionar e se tiver algum problema é só levar para arrumar. Mas nós somos humanos, não funcionamos assim. [...] Nós não somos substituíveis (ACS).

Todos os desafios enfrentados desde o começo da pandemia serviram como aprendizado que proporcionaram o amadurecimento para lidar melhor com o momento atual e seus cenários. Como traz um dos pesquisadores: “Mais de seis meses de pandemia se passaram e nos trouxe mais maturidade para lidar com ela, o enfrentamento é diferente” (ACS).

Conclusão

Todo o processo de cuidado ocorre através do encontro entre corpos gerando, intrinsecamente, afecções. Neste contexto, a atuação de profissionais de saúde, como os ACS's, acontece com base em encontros, seja destes entre si ou com os usuários, resultando em afecções que elevam ou reduzem as potências de agir de cada corpo, interferindo em suas vidas além do momento instantâneo dos encontros, à medida que repercutem na duração dos corpos e em suas potências de agir.

Os corpos humanos, materiais, no momento atual, depararam-se com os efeitos do novo coronavírus direta ou indiretamente, seja pelo encontro do corpo biológico com o vírus e/ou pela experimentação de mudanças de seus cotidianos, antes triviais e até automáticos, diante das medidas de mitigação, como distanciamento e isolamento social, uso de máscaras e álcool em gel. Assim, a pandemia se fez também como corpo, o corpo pandêmico, imaterial, com ideia e conceito, tendo em vista suas repercussões e implicações que atravessaram todas as esferas da vida social. Diante disto, os encontros no processo de cuidado acontecem tanto entre os corpos materiais, ACS's e usuários, imersos no mundo em pandemia, quanto como entre estes e o corpo pandêmico, gerando novas afecções únicas e singulares.

Nas relações pessoais, sociais e de cuidado para com a comunidade assistida, os ACS experimentaram sentimentos que trouxeram certo grau de sofrimento físico e emocional devido ao sobrecarregamento no trabalho, à dificuldade de compreensão do próximo, aos medos e incertezas inerentes ao

momento atual. Contudo, os ACS's experimentaram também afecções positivas que trouxeram certo grau de alegrias devido ao comprometimento, à generosidade, à humanidade e à empatia que aumentaram a potência de agir. O esperar como ação indo de encontro com a mudança para melhor fez-se presente, resultando no aumento da potência de agir de cada pessoa, que procurou caminhos na tentativa de transformar ou ao menos reduzir aquilo que traz sofrimentos.

A pandemia proporcionou às pessoas momentos de repensar o seu viver, o que realmente é importante na vida de cada um, de dar o real valor aquilo que em momento de pré-pandemia era trivial e até automático, ao essencial que por agora tem se tornado precioso e de significado ímpar. A experimentação de novas afecções desencadearam transformações no cotidiano das pessoas, e permitiram a possibilidade de cada uma se redescobrir e amadurecer, ressignificando sua vida.

Referências

- Deleuze, G. (2019). Curso sobre Spinoza. Ed. Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza, 2019.
- Deleuze, G. (1997). Spinoza e as três "Éticas". In: Deleuze, G. Crítica e clínica. São Paulo: Ed. 34, 157.
- Franco, T. B. (2020). O Cuidado à Saúde Mental em Tempos de Pandemia de Covid-19. Boletim SSRJ, edição 176, Ano. XLVIII. Rio de Janeiro.
- Freite, P. (1967). Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1992). Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra.
- Rocha, J. (2020). "Estamos Esgotados". <https://www.facebook.com/cantorajuliarocha/videos/e-n%C3%A3o-somos-substitu%C3%ADveis-minha-coluna-do-uol-desta-semana/791893661556899/>
- Spinoza, B. (2008). Ética. Autêntica: Belo Horizonte.

(ABRIGO?) ERNANI GOMES DUARTE: OS ENCONTROS SINGULARES COM OS VIVENTES DA RUA EM MEIO A COVID19

Pedro Victorino Carvalho de Souza
Rebeca Azevedo Machado Pinto
Túlio Batista Franco

Introdução

Este conto é uma narrativa da experiência de encontro vivenciada pela População em Situação de Rua (PSR) no município de Maricá, em meio aos protocolos sanitários estabelecidos pela Covid19. É na produção de linhas de cuidado que entramos nessa trama, organizados a partir das discussões e pautas estabelecidas pelos usuários, na perspectiva de entender o outro enquanto presença viva (ROLNIK, 1989), com a qual construímos nosso território existencial, na relação paradoxal de políticas instituídas e o aprender fazendo. Partimos da concepção a qual atores de diferentes núcleos e locais de trabalho se encontram para pensar nas possibilidades desse público, frente a Pandemia de Covid-19 que afetou o município, desde o mês de março do ano de 2020.

A interrogação após a palavra "Abrigo" no título, colocada intencionalmente, tem como objetivo tensionar um pouco a discussão que se pretende abarcar no decorrer da escrita desse texto, problematizando as práticas governamentais de cuidado instituídas, frente a produção subjetiva no cotidiano das práticas do trabalhador. A intenção é de provocar a reflexão, a partir da experiência prática aqui contada, sobre o que é abrigar alguém e de que modo isso pode se assemelhar ou se distanciar do que entendemos enquanto cuidado.

Na etimologia, o abrigo deriva do Latim *apricare*, "proteger-se do frio aquecendo-se ao sol", de *apricus*, "exposto ao sol". Esse significado contempla parte do que acreditamos, ainda que muito o extrapole, pois perpassa uma lógica de cuidado em detrimento do modelo instituído pela política pública que, além de restringir-se a isso, atua na lógica da sociedade de controle, do controle sobre a vida (Deleuze, 2013).

Provoca-nos a pensar tal agenciamento, o qual em nós, traz o afeto de estranheza, uma vez que entendemos nossa pauta de atuação enraizada na promoção da autonomia, da liberdade e numa clínica peripatética (Lancetti, 2006).

Lancetti (2006) define como peripatetismo, conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando. Significa dizer que tal conceito é fundado no movimento e por tal motivo é tão caro a nós, no relato dessa experiência. Como numa música de Titãs, “é caminhando que se faz o caminho”. Foi desta maneira que produzimos este relato, construindo caminhos e construindo-nos juntos, buscando maneiras de reinventar-nos e ressignificar o lugar o qual estamos analisando, na premissa de, nas brechas da captura, produzir bons e potentes encontros. Não coincidentemente, outro trecho da mesma música evoca-nos a este lugar. “Enquanto houver sol”, ainda haverá maneiras de iluminar novas possibilidades, aquecer-se do frio, expondo-se ao sol, ressignificando a partir da etimologia, o significado de “abrigo”, na prática cotidiana dos encontros, inventando linhas de fuga que potencializam desejos e afetos em detrimento das lógicas instituídas.

Algumas músicas tem o poder de nos fazer dançar, mesmo sem sabermos. Assim como algumas melodias e frases instrumentais carregam o poder de nos fazer cantar em músicas sem letras. Aprendemos isso com Artur, que logo conhecerão. Que sons, como estes encontros, tem a chave da salsa, a chave do samba, a chave da vida e da inventividade. Nessa perspectiva pretendemos tratar a temática levantada na presente escrita, ora no passado, ora no futuro.

É caricato como tal experiência, tão viva e em ato, é capaz de surgir numa pandemia, num agenciamento de capturas vorazes. Ensina-nos que há algo que sempre resiste, sem vírus, mesmo nos cenários mais adversos. E se apresenta nas brechas, nos becos, nas vielas, ruas e praças, como em palmas desritimadas que ecoam e produzem rupturas, na continuidade de uma mesma melodia. Convidam-nos a desterritorializar-nos, para habitar novos territórios existenciais. Provocam abalos sistêmicos nas logicas instituídas, como em placas tectônicas, provocando tremores, temores e terremotos. Esse é o lugar dessa experiência em nós e o que pretendemos com ela transmitir e contagiar, a partir dos relatos aqui expressos- a possibilidade de, através de vivências cotidianas e instituintes, produzir linhas de fuga frente ao que está posto.

Nesse sentido, questionamo-nos sobre o caráter institucionalizante que é o ato de abrigar, e nos propomos a expor tal lógica, ao passo que no processo de cartografar os territórios existenciais destes que se pretende cuidar, nos cartografamos junto, vislumbrando novas possibilidades de cuidado que extrapolam a superada e simplista visão instituída com políticas de abrigamento. O nome do equipamento, explicado no decorrer da presente escrita, traduz muito mais que tal nomenclatura questionada e posta entre parênteses, ofusca, de sua etimologia.

Atuamos num serviço que trabalha diariamente com a “população em situação de rua”, na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, onde pautamos o conhecimento das realidades de vida desses usuários, viventes das ruas, na promoção da cidadania e da autonomia deles. Trazemos à reflexão para essa conversa a terminologia “população em situação de rua”, entendendo a grande importância da mesma na caracterização da Política Nacional para População em Situação De Rua - PNPSR (Brasil, 2009), que traz a ideia de um público heterogêneo que faz das ruas seu espaço de sobrevivência e/ou moradia. Tal conceito junto com outra terminologia usada: “usuário” da política, darão lugar nesse ensaio a “viventes das ruas”, por ultrapassar uma perspectiva estática das coisas, assumindo singularidades na concepção destes que vivenciam modos de existir e resistir. Em nós esse efeito é o de nos possibilitar um mergulho nessas vivências, daí a oportunidade com tais palavras de também indicarem um caminho militante ao qual se pretende percorrer.

Junto ao grupo de trabalho ficamos impactados com o fechamento da cidade nos efeitos de prevenir a proliferação da Covid-19, principalmente por entender que a cidade em movimento facilita o ato de “manguear” (pedir dinheiro), a possibilidade de refeições, trabalhos e biscates realizados quando a cidade tem seus fluxos intensificados pela rotina diária de seus moradores. Os viventes das ruas não são diferentes, percorrem a cidade, em roteiros próprios e singulares, que em algumas práticas de cuidados nos escapam aos olhos.

Entendendo nossa prática profissional voltada às políticas do SUAS e ainda atravessadas pela maneira que a política da cidade se organiza, cabe analisar o quão esse processo é agenciado por lógicas que de alguma maneira terão seus efeitos nos processos vividos nesse ato de cuidar.

O processo de implementação de um Abrigo Institucional, nesse contexto, se deu por meio do que podemos chamar de uma ocupação. O uso de um espaço da Secretaria de Assistência Social para, inicialmente um pernoite temporário, questão a qual nos debruçaremos mais a frente, foi um movimento coletivo que partiu do desejo de profissionais e usuários, entendendo desejo enquanto força motriz das mudanças (Rolnik, 1989), para construção de um local de acolhimento em meio a uma conjuntura de pânico e não garantia de direitos, de um público que tem como primazia a invisibilidade. Um processo que sempre existiu, mas, intensifica-se neste momento.

Inicialmente foi de suma importância reivindicarmos através da elaboração de uma carta, com o posicionamento técnico do serviço, uma posição do governo municipal frente a não existência de um abrigo no município e consequentemente a impossibilidade de isolamento desses sujeitos, durante a Pandemia, limitando as possibilidades de cuidado. Posterior a esse tensionamento, houve articulação com outras secretarias. Entende-se aqui, a disponibilidade de um grupo de profissionais que pretendeu apoiar por meio da solidariedade e se colocar em movimento por uma população desassistida por políticas e estigmatizada, nesse momento sem o direito básico que se apresenta como estratégia orientada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): realizar o isolamento social. O fato é que quem não tem uma casa, como pode se isolar para se proteger? Nosso jeito foi então nos debruçar num caminho: pensar com os viventes das ruas, dentro dos protocolos sanitários, possibilidades de se protegerem.

Nesse primeiro momento, trazemos a reflexão que a maioria dos profissionais tinham medo desse novo fenômeno, então era necessário singularidades solidárias e corajosas, aliás, segundo Nina Simone, grande nome do Jazz, “liberdade é não ter medo”. Esse processo se apresentou em nós com muita estranheza, pelo fato de nosso processo de trabalho ser balizado por afeto, escuta, conversas, aperto de mãos e abraços. Em tempos de covid19 essa linguagem em nós (trabalhadores/viventes das ruas) ganhava outros efeitos.

Foram idas e vindas por diversos locais em Maricá. Um trajeto que perpassou desde o fechamento da cidade para controle da Pandemia, o incômodo dos profissionais, a elaboração de notas técnicas que permitiram a visibilidade dessa população ao comitê de coronavírus instituído, o diálogo com os serviços

de saúde, a disponibilização do espaço de uma escola para higiene pessoal e alimentação (jantar), ao empréstimo por uma terceira secretaria de governo, de um amplo espaço ocioso para pernoite dos usuários. Cabe analisar que estamos partindo de uma estrutura rígida, no sentido da prevenção da Covid19, uma novidade para todos nós, na organização de uma política municipal que visa envolver a intersetorialidade e os mecanismos sanitários, sem deixar de ter como central os encontros com as singularidades.

Como é possível perceber nessa narrativa, transformamo-nos diversas vezes, redesenhamos lugares e saberes, políticas e equipamentos, despimo-nos e compomo-nos nesse processo. E por falar em Jazz, não é só Nina Simone que influenciou nossa prática. Arthur Maia, músico brasileiro do gênero, descreve em um concerto realizado em 2014 no Rio de Janeiro, um processo que muito se assemelha a esse movimento exposto. Ele diz que o jazz é como uma estrutura que é construída, promovida e ensaiada, mas em ato é desconstruída, desfeita, transformada pelo afeto, pelo momento (Maia, 2014). Arthur, de certo modo, dizia que a música é a linguagem da alma, dos sentimentos, das afecções. Compartilhamos do pensamento do músico, e ousamos dizer que mais que a música, a vida passa por esse mesmo processo de desconstrução, o que chamamos de inventividade, de modos de vida e são estes que buscamos legitimar e não cercear, com nossa intervenção.

Frente ao trabalho vivo em ato, vemo-nos nos encontros entre trabalhadores e viventes das ruas, num momento epidêmico de ordem mundial, inseridos numa trama municipal de efetivar políticas públicas, na ponta de lança de um SUAS instituído por movimentos sociais e lutas: nós, trabalhadores e usuários ousando encontrar, buscando aprender fazendo. De certo que o caminho instituído se apresenta numa estrutura ensaiada, mas as lógicas que compõem o caminho predeterminado sustentam lógicas, que mais capturam a vida que priorizam os encontros. Inovar, estar lançado ao processo é dançar com os conceitos e se disponibilizar a deixar que as tecnologias relacionais, descrita por Merhy como leves (2002) guiem os processos e o cuidado. É como o Jazz proposto por Arthur Maia que, em ato, no concerto, dá lugar aos afectos e as novidades nas composições de singularidades múltiplas, emergindo novas frases, sons, ritornelos. Nos encorajando na arte da política, na micropolítica atuar, entrar, delirar, poetizar, “enJAZZAR” e por que não, a lá Arthur... “Arthuziar”.

Cabe dizer, contudo, para que não se equivoque o pensar, que este movimento não se expressa somente na vida e cotidiano desses usuários, mas também em nós, profissionais, implicados pelas subjetividades alheias e nossas, bem como, pela política, por exemplo. Nesse sentido, o processo descrito, por Arthur Maia e em nossa experiência, guarda semelhanças com que Lancetti (2006) descreve enquanto criação de settings não tradicionais, não fixos, cuja complexidade contempla atravessamentos sociais, culturais e condições materiais de vida, impondo constantes deslocamentos, movimento necessário, assim como a (des)construção musical no Jazz.

Os efeitos em nós, enquanto equipe de trabalhadores, podem ser traduzidos nesse revezamento, de execução de uma política instituída para o encontro com a novidade do território existencial dos usuários. Como no Jazz, temos a política pública como um grande ensaio regrado. Parafraseando Arthur Maia, se ensaia uma estrutura, mas, como nos alertou o mesmo, funda-se no encontro com o outro, na presença viva, um novo território existencial, que a desfaz, ressignifica a música, em seu caso; mas a política e a vida, no nosso, criando novos ritmos, novos trajetos, novas frases, novas poesias, ruptura com o antigo, rotas de fuga, do novo vivo em ato. Arthuziar se faz necessário, isto é romper com velhos padrões, desprender-se do medo à moda spinoziana, da servidão à liberdade. Significa dizer que podemos romper com as estruturas construídas, criar novos modos de existir e resistir, permeados pelo afeto.

Implicar-nos no cuidado é apostar no novo, expor-se ao sol, lançar-se na chuva sem guarda-chuvas. Mais que isso, é dançar na chuva. Dançar com os conceitos, mesmo sem saber dançar. Convidar para a dança. Misturar ritmos. Equilibrar-se como a bailarina, que da queda faz um novo passo. Inventar acordes, achar notas. Cantar novas possibilidades, em coro ou a capela. Orquestrar instrumentos. Instrumentalizar práticas. Nesse processo que narramos, como quem conta uma história, assumimos o lugar de participantes, que se transformaram também no curso da narrativa, trocando de lugares, criando roteiros, desconstruindo-os e ocupando papéis, hora um, hora outro.

Nesse sentido, propomo-nos, no desembasar as lentes, enxergar o que antes não era possível, analisar nossa implicação sem abrir mão do desejo e do que nos constitui, mas, tendo ciência das relações que integram os processos que

aqui pretendemos narrar para que a partir disso aumentemos nossa potência de agir e existir. A partir do encontro com estes, aprendemos que os fenômenos de vivências nas ruas podem ser vividos de forma muito singular, e de maneira muito inventiva. Contrariando a ideia de uma vivência homogênea. O ponto de partida passa então, a ser definido nesses encontros com os protagonistas do cuidado, numa perspectiva cartográfica que distancie-se da tutela, na tentativa de produzir abalos nas condições rígidas, instituídas e colocadas na função de controlar, dominar e fazer da vida uma reprodução escravizada.

Colocamos em análise aqui, o efeito que a biopolítica (Foucault, 1982 citado em Pelbart, 2011) passa a operar nas condutas sanitárias de controle da Covid-19. Tivemos que adotar vários protocolos de prevenção, e um dispositivo importante que vamos analisar neste trabalho serão as rodas de conversas com os usuários, até a construção das assembleias para tomada de decisões na casa onde eles serão hospedados durante a Pandemia. Esse mecanismo coloca em suspensão as práticas de trabalho que revezam a disputa da vontade de construir decisões coletivas, combinado com o usual controle das vidas num “abrigo” que pretende proteger da Covid-19.

Faz-se necessário refletir acerca das instâncias de controle e biopoder sob as quais perpassam a vida dessa população e de que maneira a biopolítica regula o modo de vida destes, bem como, na constituição das políticas, nos regimes institucionais, na atuação e trato com estes usuários. O termo “biopolítica” foi pensado por Foucault (1982) ao caracterizar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida, que passou a vigorar no século XVIII e que tem por objeto a população. Em outras palavras, a massa global sofreu um processo de conjunto, uma invasão na vida e no corpo, assim como nos seus mecanismos; domínio do poder como a gente que transforma a vida humana (Pelbart, 2011).

Boaventura (2020) analisando grupos que sofrem de “especial vulnerabilidade”, anterior a quarentena, identifica que tal condição é agravada por esse contexto, e compreende a existência de modos de vida ligados a sobrevivências. Ao pensar na “população de rua” Boaventura (2020) levanta um questionamento, no qual se debruça, acerca de como será a quarentena de quem não tem casa, refletindo ainda sua inquietação: os mesmos não teriam, a sua maneira, passado toda a vida em quarentena?

Agambem (2020) afirma que a epidemia vem reforçando o estado de exceção como paradigma normal de governo. Nesse sentido, reforçar práticas profissionais com a população de rua, através das narrativas de quem experimenta a vivência de estar em situação de rua neste período de epidemia, potencializa a construção de rotas de fuga na sociedade de controle (Deleuze, 2013). Franco (2020) expõe a necessidade de se construir um plano de cuidado em tempos de Covid-19, ressignificando a vida para se proteger do sofrimento mental, ao qual todas as pessoas são susceptíveis em uma situação como esta. Tendo em vista que, num momento delicado de grave ameaça à vida, notícias cotidianas de mortes, afastamento entre as pessoas, tecnologias de cuidado estabelecem-se nas práticas cotidianas do processo de trabalho. Entendemos o cuidado sob uma perspectiva dialética, na qual os cuidadores são atravessados também por diversas problemáticas, como o medo da contaminação, angústia e ansiedade, ou seja, ao passo que atuam no processo, são por este também implicados.

Pensando a experiência

As reflexões apontadas, nos colocam a possibilidade de entender essas estratégias de ampliação da vida em tempos de Pandemia, tendo-as como norteadoras para guiar as intervenções que se sucedem para proteção das pessoas. Reafirma-se a imprescindibilidade da inventividade desse grupo de usuários frente ao atual contexto pandêmico que requer, por parte dos profissionais, uma atuação também inédita, pautada na vivência desses sujeitos.

Pensar sobre a construção das rodas de conversa e das assembleias com os usuários, é entender que nós, trabalhadores, também estávamos atravessados por uma “produção subjetiva do cuidado” (Franco, 2011). Nessa “viagem” aos acontecimentos é importante analisar nossos processos. O desafio a que se propõe é pensá-lo a partir da perspectiva dos emaranhamentos de subjetividades que permeiam o encontro trabalhadores e usuários, influenciando em todos que o integram, tendo em vista processos de captura da vida, e ao mesmo tempo, a construção de “linhas de fuga”, ou seja, ressignificação do modo de vida, das relações e dos espaços de produção de si, pautadas em estratégias da ordem da criatividade.

Partindo dessa premissa, cabe-nos compreender como isso se apresenta. De acordo com Franco (2013), a produção subjetiva do cuidado se expressa em: 1. desejo de cuidar, faz com que se supere obstáculos e dificuldades, e faz funcionar uma linha de cuidado por onde o usuário transita, e resolve seus problemas. 2. uma rede que conecta e dá fluxo ao usuário, rede entre profissionais, e entre serviços, reunindo vários saberes para resolver o problema de saúde. 3. trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) que funciona como uma plataforma de produção, por onde o trabalho acontece com alto grau de liberdade, e o trabalhador então pode ser criativo nas soluções para o ato de cuidar com o outro.

Durante o percurso ao qual estivemos nas ruas ofertando orientação sobre a prevenção da COVID-19. Reivindicamos das secretarias do município propostas para prevenção da população que não teve direito ao isolamento, ofertamos possibilidade de alimentação e higiene. Foi um processo em nós de muito medo do contágio, de fazer combinar a agenda de vida dos usuários, com protocolos sanitários. Estivemos rigorosos, “chatos”, distantes, frios, mas, com uma escuta atenta, e uma demanda que emergia forte, de maneira a ecoar: “precisamos de um local para dormir”.

No primeiro dia de pernoite, influenciados por uma reunião entre outras secretarias de governo que participavam dessa construção, fomos achatados por um sistema de regras e condutas pré-estabelecido para o uso da casa que serviria para hospedar as pessoas em situação de rua. Percebe-se o dispositivo de controle dos espaços, e disciplinamento dos corpos. Este acontecimento ligado à política de controle sobre as vidas, evidência para mim, que a minha jornada no município, está em desagrado em relação ao modo como as estruturas políticas convencionais, e o modo como se organizam, em relação à produção do cuidado, prevenção à saúde mental, da política de redução de danos, do cuidado com os viventes das ruas. O encontro com esta situação provoca em nosso corpo afectos negativos, os quais têm o efeito de reduzir a potência de agir, a energia vital, segundo Spinoza (2008). Isto nos trouxe uma descrença na possibilidade de uma construção mais democrática, compartilhada, da política aos viventes nas ruas. Me percebo nesse processo adoecido, enrijecido e atropelando diálogos e possibilidades por entender que as bandeiras citadas por eles, de acolhimento às suas necessidades, não eram pautas de governo.

Na micropolítica do trabalho com os viventes na rua, observa-se de um lado muitos profissionais, alinhados às práticas diárias de proteção e cuidado, rejeitarem a orientação institucional, de modo como se apresentava, ou buscava-se, isto é, centrada em uma lógica disciplinar, não dialógica, descontextualizada das necessidades dos usuários. Os evocados especialistas da política de assistência social, encontravam nos protocolos construídos no âmbito das engrenagens da administração pública, formas de engessamento profissional, práticas instrumentais tecnicistas e afastadas das singularidades existenciais da pessoa. Psicólogos e assistentes sociais, considerados especialistas no SUAS, agenciados pela biopolítica inscrita nos protocolos de controle, permanecem institucionalizando um biopoder, ou seja, o poder sobre a vida.

Após o estabelecimento de um acordo com as secretarias municipais de governo envolvidas, conforme apontado, onde somos indagados a nos comprometer com as regras ali formuladas, o vento traz à memória a frase dita pelo secretário de Assistência Social do município, em uma conversa informal: “Vocês realmente querem fazer isso? Então precisamos aprender a engolir sapos”. Meu corpo nesse momento é atravessado por um paradoxo: minha vontade militante de defender “bandeiras” (mesmo quase expulso do município, com as “bandeiras” nas mãos), mas, permanece sempre a possibilidade de criar “linhas de fuga”, ressignificar as práticas assistenciais, “Arthuziar” a práxis, contando com a possibilidade do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002). Este processo é sempre agenciado por singularidades potentes, advindas do encontro: trabalhadores-usuários, na ocupação de um espaço para proteção da Covid-19.

Decerto que a transformação do modo como se opera o controle sobre os corpos no capitalismo contemporâneo, faz modular a disposição dos dispositivos de produção da vida, mas:

como no judô, trata-se de aproveitar o movimento do adversário para derrubá-lo. Ao lutar contra a produção maciça da impotência subjetiva, num contexto de desterritorialização generalizada, trata-se de inventar as linhas de fuga aptas a relançar o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação. Isso tudo pode ser fácil de dizer, e até sedutor de enunciar, mas é difícilimo fazer (Pélibart, 2008, p. 13).

Nosso grupo de trabalhadores que têm origem na Secretaria de Assistência Social fica atento e discute esses processos, pactua as regras com as outras secretarias municipais. Um movimento importante de integração do trabalho foi convidar trabalhadores destas secretarias para uma roda de recepção dos usuários, um espaço de inauguração da casa que vai hospedar viventes das ruas. Nosso entendimento era revestido de uma subversão às normas até então formuladas, permeada pelos efeitos da promoção desse encontro, com uma estratégia específica: ao invés de ditar as regras surpreenderiam as secretarias em cena (nas estruturas ensaiadas anteriormente ao encontro) perguntando aos usuários que iriam usufruir da casa, se concordavam ou não com as regras, uma estratégia para garantir o protagonismo dos usuários nesse processo, que é deles, afinal de contas linhas de fuga eram necessárias, engolir sapos tinha um propósito.

Esse primeiro encontro foi muito animador. Redefinimos juntos as regras de convivência, através de uma assembleia, estabelecendo que todos os dias teríamos uma roda de conversa antes da abertura da casa. As falas desse primeiro momento giravam em torno do agradecimento pela sua abertura, por não desistirmos de continuar o trabalho de acolhimento, cuidado e proteção em tempos de Covid-19, e de muita afinidade com o que iríamos construir.

Nós, trabalhadores, atravessamos uma nova linha de funcionamento no cotidiano do trabalho, identificada pelos usuários como “neurótica”, no sentido do rigor com a higiene preventiva da Covid-19, protocolos como da lavagem de mãos, uso de máscaras, o distanciamento físico e etc. O início foi bem complexo, no sentido da violência que esses usuários traziam como forma de resolução de suas questões, em meio a uma pandemia. A violência inscrita nos seus corpos, como marcas de histórias de vidas sofridas, produziu comportamentos também agressivos. O processo coletivo, dialógico, fez com que aprendêssemos caminhos, e possibilidades de continuidade do cuidado, à medida que as assembleias se tornaram uma realidade. Fomos percebendo através das assembleias os processos em curso, como um aprendizado constante, em esforços de análise de autoanálise coletiva.

Os usuários dos serviços de assistência social foram percebendo a importância de dialogar com representantes das diversas secretarias da prefeitura, no sentido da obtenção de auxílio para ajudar ao enfrentamento da pandemia. Nós, trabalhadores, nesse encontro, estávamos pautados especialmente pelo

afeto, e no amor em executar as propostas de proteção dos usuários. Fomos mais firmes também nesse processo de defesa do atendimento às necessidades deles. Sobreimplicados (Lourau, 2004), analisamos a importância das narrativas no nosso processo de desinstitucionalizar as práticas.

O processo de trabalho com viventes na rua, incorpora também o de relacionamento com as esferas de governo para a área. O trabalhador vive sob estas duas tensões, a necessidade da rua, a normativa do governo. É um processo em que se aprende todo dia, nas múltiplas experiências e encontros com outros trabalhadores, e usuários destes serviços. É comum estar implicado com este trabalho, ou seja, comprometido, envolvido, pois, isto é, da natureza de muitos que dedicam seu trabalho a este grupo da população. Ao mesmo tempo há uma sobreimplicação, ou seja, algo que lhe tira a capacidade de crítica sobre os processos de trabalho em curso. É necessário ter cuidado e se colocar em análise permanentemente, para evitar que as tensões do cotidiano, se tornem transtornos para o próprio trabalho.

Para nós, trabalhadores, aposta-se numa construção auto gestonária, numa cidade regida por políticas de valorização dos direitos sociais e proteção à vida. No entanto ela é também pautada por uma governança higienista, tensionada pela dinâmica política, especialmente em 2020 houve eleições no meio da pandemia. Estávamos nós, lá, nômades no governo, sem o devido reconhecimento governamental, aturados pelo entendimento comum que: — “ninguém quer saber dessa população”.

No espaço de uma outra secretaria de governo sem público e pautada numa perspectiva de defesa de direitos humanos, que obriga usuários a realizarem suas necessidades fisiológicas num banheiro químico na chuva, proferida em discursos como: “se estivessem na rua, estariam pegando chuva”. Cabe ainda ressaltar o imbróglio de um público que se quer ver longe, de usuários ocupando uma casa no coração de uma área nobre do município de Maricá.

Em nós, prevalece o desejo de padronizar a vida de uma população complexa, para sustentar outras políticas, mas, nas assembleias passamos a aprender que não há padrão a seguir a priori, cuidar é acolher. Esse processo tem seu ápice na assembleia onde desterritorializamos lugares. Momento em que os usuários, participantes desse processo, são convidados a mediar a reunião, trocando os presentes dos seus papéis, nos deslocando para novas possibilidades de

ver o mundo do usuário, fazendo fluir o aprendizado da suavidade da construção de políticas e ações, a partir de suas agendas.

Voltemos para a escolha do nome da casa de hospedagem dos usuários. Foram sugeridos nomes do avô do prefeito, do irmão falecido do ex-prefeito, de uma profissional falecida do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Todas as propostas foram defendidas com muito entusiasmo, sentimento, afeto, justificativas por estratégias políticas, por homenagens e pela simbologia que isso trazia. O último nome escolhido, trazia um território existencial.

Tratava-se do nome de um usuário extremamente importante para vida e sobrevivência de todos os acolhidos. Os discursos ecoavam que: “Ernani Duarte, sempre esteve ao nosso lado, nos animava nos momentos mais difíceis, sempre conseguia resolver as brigas e as confusões com seu jeito calmo, transmitia paz e esperança para todos, mesmo em nossas condições mais difíceis”, “Ernani sempre sonhou com esse lugar e precisamos dele aqui”.

Ernani, usuário guia, participou de um dos primeiros encontros vivenciado por mim nas ruas, um dos primeiros a ser acompanhado pelo serviço o qual me inseriu. Nosso encontro foi responsável por significativa parte, se não a mais importante, da construção do que hoje entendo como cuidado.

O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado (Seixas et al., 2019).

Ernani inaugurou mais do que práticas no Serviço de Abordagem a que me refiro, redefiniu o que eu compreendia enquanto cuidado, ensinou-me o conceito ferramenta “usuário-guia”, sem precisar dar nomes, antes mesmo de ser forjado em nós. Indicou-me a cartografia, cartografando-me. Desterritorializou meus princípios mais caros e reterritorializou minhas práticas, meus conceitos, minhas ferramentas e minhas concepções.

Ele era bancário. Para nós pode ser importante, a ele nunca foi e pra mim deixou de ser. Encontrava-se em situação de rua, ao que foi possível perceber dos relatos, devido a conflitos familiares e o demasiado uso de álcool. Esse era o Ernani que podia ser visto a olhos nus, na distância de quem vislumbra algo de longe, como um astrônomo a olhar a lua de luneta: um ex-bancário, conflituoso, drogado. Contudo, a visão de quem se jogava a conhecê-lo, deixando-o guiar, assemelhava-se ao olhar do astronauta ao pisar na lua, que a vendo de tão perto, consegue perceber desse encontro, detalhes que não imaginava existir. Nesse sentido, longe de negligenciar sua história, enquanto astronauta, que pôs naquele momento os pés na lua, solta-me aos olhos outros detalhes, frutos desse encontro, e isso facilmente deixa de importar: a drogadição, a profissão ou os conflitos.

A escolha do nome do abrigo reflete o que me salta aos olhos nessa experiência. Não só aos meus. Representa a potência dos encontros. Expõe algo que ultrapassa padrões ou concepções, que não existe desacompanhado e só é construído a partir dessa conexão, dos vínculos e afetos que advém e são produzidos por esse encontro entre os indivíduos. Experiência coletiva. “Não é a medrosa luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas produção de vida, arte de (de) subjetivação, potência do encontro” (Lancetti, 2006, p. 11).

Inaugurar uma casa de hospedagem para viventes na rua com seu nome em Maricá, escolhido por aqueles que partilharam sua vida, no local que construiu sua história, exprime que ainda que árvores morram, rios sequem ou chuvas passem, não se apagam as reverberações. A memória perdura enquanto potência, e uma história nunca deixa de existir para aqueles que por ela são tocados ou que dela fizeram parte. É a materialização da potência dos encontros, que se desdobra em potência das memórias e mostra que essas sim, nunca morrem, ecoam, buscam linhas de fuga, perpassam o comum.

“O comum de Espinosa é desejo e não finalidade. Não é fruto de educação, da conscientização e de contingências. Portanto não está na lei, mas na necessidade essencial do ser humano de passar da condição de servidão à modo livre” (Sawaia, 2018, p. 35). Nesse sentido, atrelando tal entendimento à concepção esquizoanalítica dos processos grupais (Barros, 2007), exprime-se a potência de um “grupo em devir” na promoção de encontros com a alteridade atravessando-se em primazia pela afetividade.

A perspectiva de transversalizar experiências da grupalidade é, segundo Guattari (2004), análoga e intimamente relacionada à potência que este grupo possui em elaborar sentidos a si e aos demais. Parte-se assim, da compreensão de que a transversalidade enquanto possibilidade de um arranjo dialético, no chão do comum, em um grupo, apenas se funda em meio a uma composição que produza acolhimento das potências imanentes, de modo horizontal e circular, como num rizoma (Deleuze & Guattari, 1997).

Assim, a composição de Ernani, sempre tão ativo e participante, conosco, profissionais e usuários, nos provoca e expõe que é possível a promoção do cuidado numa perspectiva que gostamos de chamar de ampliação da vida, expandindo e ressignificando o conceito proposto por Lancetti (2006), a partir de uma visão voltada para o usuário, norteadas na autonomia, no agenciamento de afetos, vínculos e conexões, direcionada para a garantia de direitos e sem qualquer prerrogativa de cercar os indivíduos e suas subjetividades, ainda que em um cenário de cuidado complexo e que o mesmo denominou contrafissurado (Lancetti, 2015). Fenômeno que visa dar respostas simples para questões complexas. Em nós experimentar os encontros, acolher para co-construir. Lá se vai o desafio.

Minha última oportunidade de diálogo com Ernani foi num momento conflituoso na construção do cuidado com esse público. Na ocasião, os usuários, sentindo um afastamento dos serviços no cuidado com os mesmos, criam resistências com as equipes: “estamos cansados das promessas”. Ernani com sua sensibilidade e reconhecendo nossa impotência diante da construção de práticas de cuidado, dada as divergências no campo ideológico instaurado no seio de uma prefeitura municipal, lança suas últimas palavras para mim: “Está vendo essa árvore? Nunca se esqueça: ela um dia foi semente. Talvez não iremos ver a árvore, mas por favor, não desista de nós, aceite ser semente!”. É nesse caldo de acontecimentos, lembranças e emoções que de maneira unânime, toda a casa escolhe o nome “Ernani Gomes Duarte” como símbolo do que se deseja construir e do que foi conquistado.

A partir disso, organizamos oficinas para confecção de uma faixa construída por todos com o nome da casa, que levava estampada as mãos de todos os usuários. Esse movimento atingiu a Secretaria de Assistência Social, que resolveu realizar uma inauguração da casa com a fixação da faixa construída

e a colocação de um painel com o nome escolhido. Vivíamos um momento de dificuldade por conta da localização da casa, porque, sendo um ano eleitoral, há maior tensão no ambiente social, e foi feita uma denúncia da casa na ouvidoria da prefeitura. Imagina-se, pessoas que não concordavam com a localização de uma casa para hospedar viventes de rua, em um bairro nobre da cidade.

A secretaria de governo nos cobrava um posicionamento quanto a este fato, e o discurso da vizinhança pode ser traduzido por algumas frases como: “A casa desvaloriza nossos imóveis”, “nossos cachorros não dormem mais em paz”, “foi assim que a violência chegou na tijuca”, “muito legal o trabalho que vocês estão executando, mas, não podem fazer isso na nossa rua, que era muito tranquila”. Por esses e outros motivos foi suspensa pelo prefeito local a inauguração da casa, mas, a militância e organização coletiva de trabalhadores e usuários tocou o coração da Secretária de Assistência Social que nos respondeu da seguinte forma: “Vamos realizar a inauguração de qualquer maneira.”

A mesma, no dia combinado, chegou para o evento com o bolo escrito Ernani Duarte. Novamente estávamos nós, retomando as experiências vivenciadas até ali numa grande reunião, com a participação de todos os usuários. Foi um momento de risos, choro, emoção e gratidão. Um usuário que era parceiro mais próximo de Ernani se emocionou a todo tempo, com suas fotos em mãos, agradecido por ter no nome de seu novo lar uma homenagem ao seu melhor amigo e companheiro. No coração de um bairro nobre de Maricá, a placa disparou diferentes significados em nós.

Ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: este ponto... é simplesmente lá onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe: pois tudo isso é a vida e não a morte (Negri, 2001).

Nesse sentido, despiando-nos da primazia de relações constituídas pelo poder, e pautados na potência da vida, precisamente à biopotência da multidão, termo cunhado por Hardt e Negri (2001) para designar o poder desse corpo

coletivo, em seu misto de inteligência, conhecimento, afeto e desejo, preconiza-se o cuidado a essa população, entendendo que, envoltos nesse processo, somos por ele implicados. A multidão, por definição, é pura multiplicidade, ela é plural, heterogênea. A multidão, na sua configuração acentrada e acéfala, é também o oposto de massa. Esta é homogênea, compacta, contínua, unidirecional (Pelbart, 2011). Assim, entender a multidão de subjetividades destes usuários e pautar o cuidado a estes nestas premissas significa pensar formas de cuidar que tenham o acolhimento enquanto elemento central, o que foi fundante para o trabalho realizado na Casa Ernani Gomes Duarte, que aqui pretendeu-se descrever e analisar.

Considerações finais

A presente escrita é fruto de um esforço que ultrapassa as mãos que a escrevem e nasce do desejo de compreender o processo descrito, de construção de um abrigo institucional, contudo, buscando nesse movimento mais do que aparatos teóricos convencionais, ou marcos analíticos, mas reflexos de nós, de nossa implicação, nossas subjetividades e do que é produzido através desse encontro e deste com os usuários.

A instituição disciplinar por meio de seus aparatos e das capturas presentes no cotidiano, faz-nos indagar acerca da palavra abrigo. Tal questionamento, pelo qual iniciamos o texto, está presente em toda prática e é um elemento central para analisarmos nossa implicação, o processo de trabalho e de produção de si. Por esse motivo, o significado do termo mostra-se essencial para nós que, sem deixar de considerá-lo enquanto um lugar de disciplinamento dos corpos e exercício de poder sobre as vidas, somos convidados a ressignificá-lo, dando a ele um outro sentido. Esse revezamento de forças instituintes e instituídas, que permeia todo processo, que pretendemos expor nessa breve escrita, enfatizando a potência dos encontros produzidos, na construção de linhas de fuga.

Tendo em vista tal perspectiva, o que ocorreu na abertura da casa configurou uma disputa entre dois projetos para a construção de um “abrigo”. Um que significava o exercício de biopoder sobre os usuários, e o outro que tentava, num exercício cotidiano, tomar o sentido etiológico original da palavra abrigo, de “`apricare”, “proteger-se” do frio aquecendo-se ao sol”. Uma tentativa

de iluminar novos conceitos, distanciar-se do olhar frio e aquecer em nós novas possibilidades de cuidado. Buscava-se, nesse sentido, construir de forma dialógica, com protagonismo dos usuários, um lugar comum, com regras de convivência decididas de forma compartilhada.

Assim, de carona em Merhy (2002), no engravidar das palavras, propomos o conceito de “enjazzar”, através da experiência do artista Arthur Maia, que descreve a prática do jazz como um processo composto do ensaio de uma estrutura, mas, de uma reconstrução dela, em ato, de maneira constante e inédita, ressignificando a música, como pretendemos ressignificar a palavra e as práticas no Abrigo Ernani Gomes Duarte.

A improvisação livre desfaz a tradicional separação entre intérprete e criador das obras e abdica de roteiros preestabelecidos e referenciais clássicos da composição e interpretação como a melodia e a harmonia. Também dilui a hierarquia, já que qualquer músico de um grupo pode começar a tocar, e faz do tempo algo flexível, porque a própria música tem a duração que seus intérpretes desejarem. E, por fim, explora as propriedades do som em vez de centrar-se na nota musical com intensidade e duração previamente definidas. Os ensaios são momentos de criatividade coletiva, cada um se colocando de modo pessoal, mas também buscando o equilíbrio com os outros músicos (Costa, 2017).

O jazz é uma música experimental e dentro de tal gênero carrega a técnica da improvisação livre, que muito se assemelha a cartografia, basilar em nós, no processo de construção do abrigo. A improvisação livre, como a cartografia, se opõe à repetição, aposta no inédito, no improvisado, na experimentação. É mediada pelos encontros e está à disposição deles, como quem anda na chuva sem guarda-chuvas ou recria uma música nos palcos, em ato, a frente a plateia, contudo, nem por isso, é refém destes pois, tem na construção de linhas de fuga e na possibilidade de reinventar-se sua maior potência.

Nesse sentido, apostamos na mística e no cultivo desta enquanto paixão, como possibilidade de promoção de um território existencial, fruto do encontro, que contribua como memória do que acreditamos, uma forma de, através do conhecimento, afetar e permitir-se afetar.

Mística deriva de mistério. Conhecer mais e mais, entrar em comunhão cada vez mais profunda com a realidade que nos envolve, ir para além de qualquer horizonte – é fazer a experiência do mistério. Todas as coisas têm seu outro lado. Captar o outro lado das coisas e dar-se conta de que o visível é parte do invisível: eis a obra da mística. Mística é a capacidade de se comover diante do mistério de todas as coisas. Não é pensar as coisas, mas sentir as coisas tão profundamente que percebemos o mistério fascinante que as habita. O que importa é sentir sua atuação e celebrar a presença desta realidade essencial. Viver esta dimensão no cotidiano é cultivar a mística (Da Silva, 1991).

Para não sucumbir a uma mera estratégia de controle, é necessário traçar linhas de fuga (Deleuze & Guatarri, 1997) que explorem a potência política do movimento, desafio que buscamos explorar. As reflexões produzidas pela tensão entre autonomia e captura, destacaram-se nesse processo e exigiram de nós uma vigilância constante, diante do risco sempre iminente da sobreimplicação (Lourau, 2004).

Ocupar um lugar crítico às instituições, existindo dentro dela é como construir um muro, desejando derrubá-lo. Nesse sentido, evoco as palavras de Deleuze, quando em uma conversa com Foucault, diz que “Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro.” (Deleuze, 1992, citado em Foucault, 2012, p. 69). Com isso quero dizer que o maior esforço e desafio dessa experiência, que aqui buscamos relatar, é encontrar modos de ressignificar este espaço, de ultrapassar tal barreira, construída e perpetuada por nós. Longe de ser uma perspectiva pessimista, o referido entendimento habita em nós enquanto potência, que ganha força nos encontros, desterritorializando-nos.

A inventividade torna-se assim, uma ferramenta de suma importância nesse processo, para não nos tornarmos sujeitos supersticiosos, como categoriza Spinoza, ora à mercê de seu medo insano e preservador e ora de sua esperança advinda do súbito desejo de conseguir dias melhores, livrando-se, portanto, de seus infortúnios (Spinoza, 2008). Significa dizer que, a inventividade, que nos foi ensinada cotidianamente por esse público, no processo de cartografia é o que há

de mais potente frente ao objetivo proposto, pois permite, por meio da criação de linhas de fuga, ressignificar práticas e espaços, atrelando-se a liberdade, em detrimento do medo, pessimismo ou esperança.

Se o jazz para nós é forjado na possibilidade da reinvenção, de transformar as práticas, as políticas instituídas, trazemos para essa conclusão, a experiência de uma intervenção na casa Ernani Duarte, em meio a pandemia, com a ferramenta do karaokê. O mesmo apresenta-se como um encontro de singularidades, onde cada um escolhe sua música. Às vezes para cantar com alguém, noutras se pede para um outro cantar, não importa. É irrelevante saber cantar ou conhecer a letra. Aliás, o que é cantar? A potência era a vivência em ato, percussora de afetos, risos, choros.

Em cada música escolhida uma história, uma dor. Legião urbana, um funk batidão, onde todos pulavam, ou uma música gospel evangélica com muitos choros e clemências ao senhor para “sara todas as feridas”. Pouco importava a música. Vivenciar esse momento traduz o poder dessa ferramenta, de habitar um território de alguém com esse alguém. São esses espaços, repletos de sentido, nos limites do pensável, pelos quais somos permeados, as margens e franjas do encontro, à espreita de conhecer, afetar-se, das impressões, das pistas e das fissuras do instituinte, na premissa de que “habitar é deixar rastros” (Benjamin, 2006).

Conhecer essas formas de habitar é cartografar, percorrer esses rastros, através das imagens, das pegadas, das narrativas, que nos permitem e desafiam a conhecer, vivenciar. Na experiência do karaokê, nós, como público que aplaude a existência singular de cada um, em cada canto, encontramos, rimos, gargalhamos. Sofremos com as melodias mais depressivas. Uma gangorra de emoções que traziam para nós que aquele lugar tinha significado de acolhimento, de encontro.

Assim, despedimo-nos deste texto, usando do karaokê da vida, onde é possível as diferenças coexistirem no mesmo plano. Sejam elas musicais, de histórias, vivências, cartografias... Nós, afetados por essa variedade de possibilidades, propomo-nos a trazer novos ritmos. Talvez não explicados em palavras, mas que, certamente, traduziram-se em afetos em nosso corpo, vibrátil, na energia de ser e existir nos verbos da vida, parafraseando Neves (2009) certos de que saímos diferentes desses encontros.

Referências

- Agamben, G. (2020). *L'invenzione di un'epidemia*, Quodlibet. <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina.
- Brasil. (2009). Presidência da República. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Decreto N. 7053 de 23 de dezembro de 2009.
- Benjamin, W. (2006). *Passagens*. Trad. Irene Aron. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.
- Costa, R. (2017). Os sons de um quase caos: Improvisação livre valoriza a criatividade dos intérpretes, é mais estudada e ganha espaço para apresentações. <https://revistapesquisa.fapesp.br/os-sons-de-um-quase-caos/>.
- Da Silva, R. P. (1991). *Trabalho de Base*. Texto de Apoio nº 20. CEPIS, São Paulo.
- Deleuze, G. (2013). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 1. ed., 5. São Paulo: Ed. 34.
- Foucault, M. (2012). Os intelectuais e o poder (Conversa entre Gilles Deleuze e Michel Foucault). In M. Foucault, *Microfísica do poder* (30ª reimpressão, pp. 69-78). Rio de Janeiro: Edições Grall.
- Franco, T. B. (2020). O cuidado à saúde mental em tempos de pandemia de Covid-19, in *Boletim Sociedade de reumatologia do Rio de Janeiro*, ed. 176. Rio de Janeiro.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. Texto reunidos. São Paulo: Hucitec.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Tradução de Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves. Aparecida: Idéias & Letras.
- Hardt, M., & Negri, A. (2001). *Império*. Rio de Janeiro: Editora Record.

- Lancetti, A. (2006). Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, v. 3, 14.
- Lancetti, A. (2015). Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004). Implicação e sobreimplicação. In: Altoé, S. (org.). René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: HUCITEC, 186-198.
- Maia, A. (2014). “De Ombro” (Jamil Joanes) - Cine Jazz UFF. <https://youtu.be/v9AQpPOtSh0>
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec.
- Negri, A. (2001). Exílio. São Paulo: Iluminuras.
- Neves, C. A. B. (2009) Gilles Deleuze e Política: interferências nos modos de se estar nos verbos da vida. In: Tedesco, S., & Nascimento, M. L. Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- Nina Simone. (2015). WHAT HAPPENED, MISS SIMONE?. <https://www.netflix.com/title/70308063>.
- Pelbart, P. P. (2008). Prefácio. In: Lancetti, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec.
- Pelbart, P. P. (2011). Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras.
- Rolnik, S. (1989). Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade.
- Santos, B. de S. (2020). A cruel pedagogia do vírus. São Paulo. Boitempo.
- Sawaia, B. B. (2018). Afeto & Comum: reflexões sobre a práxis psicossocial (org.). Alexa Cultura. São Paulo.
- Seixas, C. T., Baduy, R. S., Cruz, K. T. da, Bortoletto, M. S. S., Slomp, J. H., Merhy, E. E. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu).
- Spinoza, B. (2008). Ética: demonstrada à maneira dos geômetras. Autêntica: Belo Horizonte.

UMA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19: O PROJETO SAÚDE MENTAL E BEM-VIVER INDÍGENA - VITUKOTI XÊTI ARINÉTI - CONVERSA SOBRE DOENÇA

Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior
Nádia Duarte Marini
Fernanda dos Santo Mendes
Álvaro Pinto Palha Junior

Introdução

Apresentamos o relato de um projeto de suporte e fortalecimento das estratégias comunitárias de saúde mental e apoio psicossocial voltado a crianças e adolescentes indígenas no contexto da pandemia da Covid-19. Pretendemos com isso promover debate sobre planejamento e gestão de respostas às demandas de saúde mental de comunidades indígenas, provocadas ou intensificadas no período de crise vivido.

O Projeto Saúde Mental e Bem-Viver Indígena - Vitukoti xêti arinéti foi uma estratégia construída a partir de demandas e soluções das próprias comunidades indígenas para o enfrentamento aos problemas no cotidiano. Formada por encontros que possibilitaram trocas de suporte e apoio mútuo entre profissionais de saúde, educação e comunidades, expressos brevemente nesta narrativa, como forma de difundir a prática de educação permanente como tecnologia de cuidado em saúde mental.

Neste sentido, o texto é o registro da expressão coletiva de afetos, não como um produto de um protagonismo individual, mas na perspectiva de permanente construção de possibilidades conjuntas, de caminhos viáveis, de lugares e pessoas parte do processo de cuidado à saúde, em contexto associado aos acontecimentos que marcaram a história recente a partir do ano de 2020, com os efeitos da pandemia mundial da Covid-19.

Inicialmente, o referido projeto nasceu da possibilidade de abertura ao diálogo amplo com profissionais de saúde/educação e lideranças indígenas sobre os impactos da pandemia da Covid-19 no cotidiano de saúde de suas

comunidades, vistas aqui na perspectiva do olhar de uma equipe de profissionais de psicologia, trabalhando na construção de uma estratégia de apoio e suporte ao acompanhamento de demandas de usuários e suas famílias, nas redes de atenção à saúde mental locais, diante dos desafios da pandemia da Covid-19 no cuidado à saúde mental com as populações indígenas.

Cabe destacar, como um pressuposto deste tipo de intervenções, a premissa do diálogo permanente com as comunidades, de desenvolver espaços de pactuações realizadas por meio de reuniões com profissionais, lideranças e comunidades envolvidas nas demandas e situações apresentadas. De ouvir e buscar soluções em conjunto com as comunidades aos problemas/dificuldades por estas vividos, como uma ferramenta indispensável no agenciamento das redes de atenção à saúde mental das comunidades indígenas, em geral, muito impactadas em contextos de pandemias e epidemias.

Nesse sentido, a ideia do texto parte da percepção sobre a necessidade de registro e difusão destas contribuições, justificada pelo próprio momento histórico que passa o planeta, mas também, entendidas no sentido da composição de um campo discursivo em torno de questões consideradas importantes para pensar o processo de trabalho de agentes comunitários de saúde indígena, diante dos desafios de cuidado à saúde mental de crianças e jovens em meio a pandemia, como partes fundamentais naquelas demandas existentes entre diversos povos indígenas brasileiros.

Como explicou Célia Xakriabá (2019), a população indígena tem um índice alto de suicídios, especialmente entre jovens, o que torna estas questões de saúde mental uma demanda de saúde pública dentre os diversos povos indígenas, que fundamentalmente precisa ser vista como ligada à história destes povos, e parte de uma estratégia das comunidades de como lidar com essas situações singulares nos coletivos.

Sabemos que o que precisa ser feito é muito mais do que um momento festivo para combater o que ocorre em nosso povo, e também entre outros, mas avaliamos que nesse momento tem sido feita uma estratégia interna muito importante de prevenção do adoecimento psíquico e do suicídio nestas conversas, porque esse encontro proporciona alegria às pessoas e renova os laços de comunidade em nós (Fala de uma liderança/especialista em reunião).

Em seu relatório intitulado “Violência contra os povos indígenas no Brasil – Dados de 2019”, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2020) traz uma série de informações relevantes sobre os casos de suicídio entre populações indígenas. O relatório aponta que a incidência de suicídios entre povos indígenas brasileiros no ano 2019 foi maior entre jovens do sexo masculino, e que situações particulares de cada povo e território influenciam bastante na ocorrência dos casos computados pelos órgãos governamentais e organizações não-governamentais.

Os dados obtidos pelo CIMI junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) mostram a ocorrência de 133 casos de suicídios entre os povos indígenas em 2019. Apesar do elevado número, ressalta que “são dados preliminares sujeitos à revisão” (CIMI, 2020, p. 191). É importante demarcar que, neste cenário o suicídio é a quarta maior causa de morte na população indígena, mais prevalente entre jovens de 15 e 29 anos, sendo exemplo histórico as ocorrências destes na guerra vivida pelos Guarani e Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul (MS). Onde, nos últimos 20 anos se tem uma média aproximada de 45 ocorrências de óbitos por suicídio ao ano entre indígenas.

Em uma revisão sistemática conduzida por Souza et al. (2020), tendo como foco a ocorrência de suicídio entre os povos indígenas brasileiros, foi identificado dentre os estudos analisados que, a Região Centro-Oeste do país apresenta taxa 7 vezes maior de suicídios que a média nacional. Bem como, em segundo lugar no número de ocorrências, a Região Norte apresentava taxa 5 vezes maior da média nacional.

Desde o início oficial da Pandemia em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já chamava atenção para os efeitos da Covid-19 na saúde mental das populações. Luto, isolamento, perda de renda e medo são fatores relacionados a problemas de saúde mental ou agravamento de sofrimento pré-existent em situações de pandemias. Além disto, a própria Covid-19 apresenta sinais e sintomas associados com sofrimentos mentais e/ou neurológicos, ansiedade, medo, também com relatos de casos de Acidente Vascular Cerebral (OMS, 2020).

Nesse sentido, no contexto mundial de respostas a emergências, desde 1992 a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o Comitê Permanente Interagências – IASC (Resolução 46/182) que é um fórum interinstitucional de organizações humanitárias internacionais, que objetiva organizar a coordenação mundial da assistência humanitária, como um mecanismo de facilitação de

decisões interinstitucionais, em situações de resposta humanitária a emergências ou desastres naturais nos diferentes países do globo.

O Inter-Agency Stading Committee (IASC) orienta que no planejamento de estratégias de respostas às emergências humanitárias devem ser considerados os impactos sociais e individuais pré-existentes nas comunidades, bem como, ao analisar os impactos causados pela emergência vivida, procurar observar aqueles que podem ser produzidos/intensificados pela ação de equipes de resposta. Alerta ainda que, deve-se reforçar a necessidade de planos de intervenção sintonizados com a singularidade de territórios e lideranças locais (IASC, 2020). Com destaque na necessidade de olhar para públicos mais vulneráveis, incluindo crianças, mulheres, idosos, além de outros pontos em destaque no texto do IASC.

Em artigo publicado recentemente, Franco (2020) destaca que a Organização Pan Americana de Saúde lançou um alerta em setembro de 2020 para possibilidade do aumento de suicídios no contexto da pandemia. Ao mesmo tempo alerta para a insegurança alimentar, e o agravamento da situação das crianças submetidas a longos períodos fora da escola. O número de casos de suicídios entre crianças associado a esta questão, no contexto da pandemia de Covid-19, aumentou em 2020 em relação a 2019, conforme o autor chama atenção citando estudos no Japão, Grã-Bretanha e EUA.

A pandemia produziu grande impacto na vida das pessoas e comunidades, tanto no que se refere à ameaça direta que ela representa à saúde, quanto pelos efeitos produzidos pelo isolamento social, associado com a instabilidade quanto à própria manutenção dos modos de vida (Franco, 2020). O cenário atual já é visto como um grande produtor de sofrimentos mentais, não apenas nas pessoas em isolamento social ou acometidas pela doença, mas todas as pessoas que são de alguma forma afetadas por todo ambiente de adversidades do momento, singulares de cada pessoa e grupo social.

Como problematizou Boaventura (2020) em seu livro *A Cruel Pedagogia do Vírus*, a pandemia é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros, tornando situações, que já eram difíceis anteriormente, atualmente mais desafiadoras. E assim, também na análise do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em atuação no contexto da saúde indígena, que por si mesmo, já apresentava determinadas características de complexidade que demandam a

constante adequação das práticas de saúde mental às questões históricas e culturais das populações assistidas, que hoje tornam-se ainda mais desafiadoras.

Nesse sentido, o funcionamento do cuidado à saúde mental com populações indígenas atualmente passou a ser um tema bastante debatido nas agendas das políticas públicas de saúde, associada ao desafio histórico de buscar uma melhor compreensão sobre o que as diferentes populações indígenas consideram ser parte das demandas de cuidados à saúde, vistas como questões também comumente vivenciadas e aplicadas nas intervenções de enfrentamento à Covid-19.

A saúde mental dos povos indígenas é uma questão fundamental, tanto no que diz respeito ao campo de conhecimento específico das profissões da saúde, como da agenda responsável pela gestão nas novas conformações das redes de saúde, vista aqui no processo de trabalho das equipes de saúde indígena na pandemia de Covid-19.

A seguir, vamos primeiramente debater algumas ideias neste sentido, a partir da análise crítica dos termos “saúde mental” e “bem-viver”, pensados a partir de autores indígenas e não-indígenas, envolvidos no processo de busca e construção de diálogos mais responsáveis entre diferentes visões de mundo e modos de vida, enquanto ferramenta parte do cuidado à saúde mental dos profissionais nos serviços de saúde.

Saúde Mental e Povos Indígenas: O bem-viver nos modos de vida dos povos

Saúde mental é um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental de sujeitos e coletividades que, deste modo, envolve considerar dimensões altamente complexas, onde qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo das experiências vividas (Amarante, 2014). O debate sobre o que é saúde mental está situado em meio a uma rede em movimento que se constitui mutuamente, fundamentada em um tipo de conhecimento e campo de atuação transversal, localizado nos limites entre os conhecimentos científicos e os saberes tradicionais das populações. Em suma, saúde mental ou saúde é aquilo que fazemos todos os dias em nossos múltiplos encontros e atividades no cotidiano.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira contribui para pensar as experiências de cuidado à saúde mental inseridas em contextos sociais, políticos, históricos de acontecimentos vividos, e assim, não mais como uma suposta verdade estática ligada às doenças, mas na perspectiva de construção de subjetividades (Amarante, 2014). A reforma psiquiátrica não se limita ao processo de mudanças no tratamento de doenças mentais, ou à psicopatologia e semiologia dos sofrimentos psíquicos, e precisa ser vista como uma rede de ações, serviços e profissionais, construída em diálogo permanente com outros atores e campos de conhecimentos, nos debates políticos das questões contemporâneas na sociedade.

Basaglia (2005) em 1974 escreveu o ensaio “A utopia da realidade”, texto em que o autor abordou a compreensão dos serviços de assistência psiquiátrica da época como respostas às necessidades provenientes do próprio processo de produção de subjetividades, relacionados às formas de convivência entre cidadãos e Estado, inseridos no debate sobre o que é saúde e doença para cada uma das comunidades onde seja proposta a implantação de um serviço de assistência à saúde. Nesse sentido, o autor defendeu a ideia de que uma determinada população, dentro de suas características, deve demandar um entendimento próprio do que é saúde, entendido assim, como parte do processo de implantação de qualquer serviço, a ser adaptado aos modos locais.

O conceito de reforma psiquiátrica está relacionado à compreensão do viver coletivo no contexto histórico e de acontecimentos sociais, parte das relações da sociedade com aquilo que já se chamou de alienação, doença mental, e/ou mais recentemente, como transtornos mentais. Permite assim considerar, não somente o modelo assistencial de exclusão da loucura em hospitais, como também, além destes, nossos hábitos, discursos e o contexto das formas de entender e interagir com a loucura no dia a dia da vida (Amarante & Torre, 2018).

A atenção em saúde mental com populações indígenas é um campo de produção dinâmico e de relações inovadoras para os profissionais que atuam no cuidado à saúde com comunidades indígenas. Campo de conhecimento e atuação estruturado em articulação com diversos outros tipos de conhecimentos, construídos neste entre, no limiar entre “científicos” e “tradicionais”, éticos e técnicos, políticos e culturais, adotando conformações em redes de diálogo entre, estruturantes das redes de atenção à saúde mental, bem como, dos processos de trabalho nos serviços de saúde indígena.

As populações indígenas na atualidade ocupam um lugar distinto no discurso da política pública de saúde, fruto da criação do subsistema de saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde, como parte de um permanente processo de Reforma Sanitária que busca atender às necessidades particulares dos diferentes povos indígenas em seus territórios. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a principal unidade gestora do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), organizada dentro de um modelo de gestão e atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária sobre os territórios e comunidades indígenas brasileiras.

Neste contexto, a Portaria GM/MS nº 2.759/2007 *estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, criando áreas de atuação prioritárias no cuidado à saúde mental e atenção psicossocial a povos indígenas, com destaque para “as situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio, violências e outros problemas prevalentes”* (Brasil, 2007).

No ano de 2014 foi instituído o “Documento Orientador para Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI’s”, normativa que direciona os planejamentos e ações para o enfrentamento das demandas de saúde mental dos povos indígenas nos DSEI’s. Este mesmo documento inspirou a publicação da cartilha “Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas” em 2019, com normativas relacionadas com demandas de tentativa e óbito por suicídio, uso prejudicial de álcool, violências e uso de medicações psicotrópicas.

Contudo, apesar de discretos avanços na política pública, a prevalência de situações relacionadas a sofrimentos mentais nas comunidades indígenas nas últimas décadas, vêm demonstrar que tanto o sistema de tratamentos, quanto de prevenção a agravos em saúde mental, atualmente ainda exige implementos de maior qualificação e de recursos humanos para acolhimento/manejo adequado destes tipos de demandas nas comunidades indígenas.

Como explicou Gersem Baniwa (Lucioano, 2006), o estado de saúde e doença para comunidades indígenas é o resultado dos diferentes tipos de relações que as pessoas estabelecem umas com as outras, e com os demais seres habitantes da chamada natureza. O autor defende que para análise adequada do que vem a ser saúde para os diferentes povos indígenas, faz-se necessário, primeiramente,

passar a considerar estas outras concepções indígenas do que se chama natureza, entendida a partir de um conjunto de relações compostas por seres humanos e não humanos, seres naturais e sobrenaturais, em permanentes fluxos de produção da vida, conectados com os diferentes modos de vida nas comunidades indígenas.

Para Gersem Baniwa, em um diálogo que respeite as especificidades dos diversos povos indígenas, o que chamamos de processo saúde e doença seria melhor entendido como o resultado de um tipo de desequilíbrio, percebido nas manifestações que vem a comprometer a organização cosmológica e cosmopolítica dos seres, afetando todos de forma social, política, econômica e ambiental em meio a relações sistêmicas (Lucioano, 2006).

João Paulo Barreto (2013) destaca que a noção de saúde dos povos indígenas não se restringe aos aspectos biomédicos e sociais de relação de oposição com as doenças. E buscam envolver a complexidade de aspectos cosmopolíticos que conectam pessoas numa teia de relações com outros seres, heróis míticos, com os *waimahsã* (não humanos), com os animais, especialistas, organizações sociais, cosmologias, com parentes (humanos e não humanos) e outros elementos estruturantes da vida das comunidades nos territórios tradicionais de vida.

Nesse sentido, esta noção de saúde enquanto relações de convivência está voltada ao entendimento da vida como fora do âmbito restrito de algo biológico e individual, ou ainda, racionalizado de forma oposta: saúde e doenças. Nosso entendimento de um primeiro passo necessário neste diálogo, é que precisamos aceitar o quanto há uma inadequada dicotomia entre saúde e doença, ou corpo e mente, implicada no uso do termo saúde mental, visto como um conceito problemático em seu uso nos contextos de atuação com comunidades indígenas.

Desta maneira, como uma possibilidade de diálogo dos diferentes conhecimentos em saúde mental com os conhecimentos indígenas, considerando estas diferentes visões de mundo, propõe-se um primeiro encaminhamento. Pode ser possível utilizarmos um tipo de correspondente de 'saúde mental' mais adequado, tomado provisoriamente tais conhecimentos como parte do entendimento de bem-viver, como elemento dos modos de vida dos diferentes povos.

Atualmente, países como Equador e Bolívia incorporaram em suas constituições nacionais o conceito do Bem-Viver, termo surgido a partir da língua do povo Kíchwa (Sumak Kawsay) que, significaria algo como uma bela, bonita e

boa vida para se viver (Acosta, 2019). A compreensão está ligada à incorporação dos modos de vida ancestrais dos povos andinos às problemáticas da vida no cotidiano, havendo diversos tipos de correspondentes nas línguas e culturas das diferentes nações indígenas, como, Suma Qamaña (aimará), Teko Porã (guarani), ou ainda em expressões, como no mebêngôkre "*Memejx Kumrenx*".

Para Gordon (2014), a condição de viver bem para os indígenas na Amazônia está relacionada à uma estética própria destes povos que valoriza os sentimentos de pertença, das relações entre os parentes, afetos familiares, comensalidade, convivência, partilha, suporte emocional, compaixão, autonomia e autodeterminação. Nesse contexto, os diferentes aspectos do bem-viver estão inseridos nos elementos da vida, em um tipo de correspondente ético e moral de coletividade, de uma estética parte dos modos próprios de viver dos povos indígenas desta Região, associado ao conjunto de parentescos e de convivência entre os seres na natureza.

Como já dito, o termo Bem-Viver circula entre o movimento indígena internacional já há bastante tempo, tendo sido primeiramente utilizado por indígenas das regiões andinas (Acosta, 2019). Dentre os autores na compreensão do que seja a noção de bem/bom viver para estes povos, encontramos como elemento comum a proposição de projetos de futuro coletivos e ampliados aos elementos do que se pode chamar natureza, como florestas, águas, animais e outros seres que não apenas humanos. Estes elementos não são compreendidos como recursos naturais, mas sim, na condição de protagonistas da vida junto aos humanos, de planos de futuro que lhes garantam (humanos e não-humanos) proteção e sobrevivência mútua.

Tais conhecimentos, também contribuem para proposição de uma estética de saúde vista de forma ampliada, inserida na promoção do viver de uma forma boa como objetivo em si, ligadas fundamentalmente, ao diálogo com aquilo que fazemos no cotidiano, dos alimentos, atividades, lugares e afetos, das dificuldades e possibilidades, dos territórios, da busca permanente de autonomia e protagonismo no viver coletivo em relação com os outros. É preciso demarcar aqui uma diferença radical que ajuda a explicar melhor o papel fundamental do território para a existência dos povos indígenas e os frequentes ataques investidos por não indígenas que veem este território como um recurso natural para exploração.

Com base na noção de Perspectivismo Ameríndio, conceito sintetizado pelos antropólogos Eduardo Viveiros de Castro e Tânia Stolze (Viveiros de Castro, 1986; 1998; 2002), é possível destacar o entendimento desta compreensão do convívio entre humanos e não-humanos nos diferentes povos indígenas. A noção de seres humanos no Perspectivismo Ameríndio, proporia algo como, que os seres providos de subjetividade reconhecem a si como humanos, ou seja, aqueles a quem são aparentados chamam de humanidade. Porém, outros seres são percebidos também em uma outra categoria de igual importância, parte deste equilíbrio das relações de existência, os seres não-humanos, entendidos como outros seres autônomos, na forma de animais, lugares, elementos, espíritos, modalidades (não) humanas, protagonistas da vida compartilhada.

No filme *Chuva é Cantoria na Aldeia dos Mortos* (2018), os diretores João Salaviza e Renée Nader Messoria contam a história de um jovem indígena da etnia Krahô chamado Ihjãc, que ao ser acometido por um súbito mal-estar, passa a percorrer uma verdadeira saga na busca por ajuda ao que vem sentindo. A discussão sobre o tornar-se pajé para Ihjãc, amplia as possibilidades de entendimentos do que chamamos de saúde mental na atualidade dos povos indígenas brasileiros, e apresenta em uma perspectiva singular, como as falhas de comunicação na construção do cuidado à saúde criam dificuldades na solução de problemas vividos pelo povo da Aldeia Pedra Branca, Terra Indígena Krahô, Estado do Tocantins.

Neste sentido, o entendimento de possibilidades de aproximações entre estas distintas epistemologias sobre cuidado à saúde, baseia-se na busca por uma estratégia de ação multiprofissional que, tem como base a necessidade de construir propostas singulares e dialogadas de saúde, com coautoria e cogestão dos indígenas de cada território, lideranças e comunidades envolvidas, e que estas sejam práticas de cuidado sustentáveis a longo prazo. Dito de outro modo, o encontro entre profissionais de saúde e usuários precisa servir como potencializador de sustentabilidade do “cuidado tradicional” dos povos, capazes de promover estratégias de fortalecimento de autonomias e protagonismos destas pessoas em seus territórios de vida comum, respeitando seus modos próprios e singulares de viver em cada local, especialistas e costumes, entendido como parte do bem-viver comum no território tradicional.

De todo modo, não há como responder isoladamente aos desafios que as sociedades modernas impõem aos povos indígenas, sobretudo aqueles de aldeias com maior proximidade de grandes projetos de colonização de territórios. Nesse sentido, as necessidades nestas formas de intervenções no cuidado em saúde mental com povos indígenas demandam a construção de planos de intervenção singulares inovadores, adequados aos contextos locais de produção de subjetividades, com coautoria que além de ser uma construção dialogada com sujeitos e comunidades, também devem ser sempre práticas sustentáveis a longo prazo, articuladas com atores, lideranças e instituições locais das comunidades. Tecnologias de cuidado e promoção de saúde que devem ter a capacidade de resistir enquanto práticas sustentáveis, inclusive em ausência de serviços, das políticas públicas e iniciativas externas às próprias comunidades.

No que se refere à necessidade de adequação das práticas de cuidado em saúde mental das equipes de saúde indígena, deve privilegiar-se os contextos locais para alcance do bom viver, enquanto aposta em reuniões de pactuações de planejamentos para cada território, comunidades e sujeitos envolvidos nas situações. Estas propostas para ações de saúde mental precisam funcionar em conjunto com aldeias/retomadas e com abertura de diálogos ampliados às redes socioassistenciais locais dos Municípios, Estados e União, de forma interrelacional e de corresponsabilidade de sujeitos e comunidades envolvidas. Aqui, o uso do termo retomadas é relativo aos locais situados em áreas tradicionalmente ocupadas por indígenas que se encontravam em posse de não indígenas, associados com processos históricos de esbulhos das comunidades e ações de recuperação de seus territórios, articuladas pelas próprias lideranças indígenas. As retomadas constituem-se em ações de exigência por demarcação dos territórios e outras formas de garantia de direitos aos povos indígenas (Amado, 2019; Alarcon, 2020).

Compreende-se que, o trabalho em saúde mental com povos indígenas deve ser espaço de promoção, divulgação e aplicação de possibilidades de diálogo com os conhecimentos e saberes dos povos. Neste sentido, talvez, o grande desafio na atualidade dos serviços seja, garantir estratégias de maior assimilação na prática clínica, de gestão e planejamento de saúde, das lógicas preventivas, dos saberes e conhecimentos indígenas, superando a exclusividade dos modelos biomédicos centrados que, em geral, desconsideram a eficácia dos sistemas

terapêuticos tradicionais no cuidado à saúde e a promoção do bem-viver como foco do cuidado. É preciso adotar uma perspectiva transindividual de abertura à construção de abordagens por meio do diálogo entre os interessados nas propostas de cuidado à saúde.

Pensar na saúde mental com os povos indígenas é pensar no modelo de intervenção sempre coletiva, que leve em conta outros modelos próprios dos diferentes povos indígenas, construídos a partir dos diálogos com as lideranças, comunidades e conhecimentos, e assim, estruturado nos elementos do bem-viver inseridos nas práticas de gestão e planejamento do cuidado à saúde mental.

Um projeto de muitas pessoas: Vitukoti xêti arinêti - Conversa sobre doença

Faz parte de uma história que ainda precisará ser contada com mais detalhes, a articulação que ocorreu entre Estado, Prefeitura Municipal, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), uma organização não-governamental e lideranças indígenas deste referido território no interior da Região Centro-Oeste do Brasil. Esta iniciativa de cooperação ocorreu, sobretudo, justificada pela evidência da catástrofe sanitária e humanitária que se abate sobre os povos indígenas no Brasil, e pressão internacional, dada situação dramática vivida por este povo indígena, com o aumento expressivo do número de casos graves e mortes pela Covid-19 no segundo semestre de 2020.

Neste quadro caótico, ocorreu também o aumento de demandas graves de sofrimento mental entre as comunidades indígenas locais, casos de crises de ansiedade, dificuldades de elaboração do luto, medo, pânico e alguns relatos de tentativa de suicídio, principalmente entre jovens e adolescentes. O difícil cenário era agravado ainda, pela falta de recursos humanos e a consequente dificuldade de acompanhar os casos em isolamento social e mesmo após o período de contágio da doença. Além das dificuldades de acesso às aldeias localizadas em áreas distantes, havia naquele momento falta de testes e recursos de proteção para realizar as intervenções *in loco*, além dos poucos leitos de atendimento nos estabelecimentos de saúde.

Inicialmente, as estratégias adotadas pela equipe de saúde mental do projeto envolveram três frentes de trabalho: promoção de atendimentos

domiciliares aos casos em isolamento, atividades de psicoeducação em saúde mental com lideranças e profissionais de linha de frente, bem como, suporte à gestão nos casos de trabalhadores de saúde/educação e famílias indígenas das aldeias referenciados para acompanhamento nas redes de saúde locais.

Durante três semanas foram realizadas em média 6 visitas domiciliares por dia, voltadas aos cuidados psicossociais em saúde mental com famílias indígenas em isolamento pela contaminação da Covid-19. Tais atendimentos tiveram como objetivo promover acolhimento e orientações sobre saúde mental e Covid-19, bem como, realizar uma avaliação de triagem de demandas graves relacionadas à necessidade de suporte psicossocial junto às redes de saúde locais e realizar encaminhamentos quando necessário. Estas atividades foram feitas em parceria com os profissionais do DSEI, em equipes formadas por profissionais de psicologia e agentes indígenas de saúde ou técnicos indígenas. Eles realizavam juntos a condução da visita domiciliar, entendida também como um momento da estratégia de educação permanente, de aprendizagem ativa em serviço, que permitia a troca de experiências sobre cuidado em saúde mental entre os profissionais no cotidiano de trabalho, como foco na avaliação e manejo dos casos.

Como atividades de psicoeducação em saúde foram realizadas rodas de conversa envolvendo lideranças comunitárias e profissionais de linha de frente, para discutir os impactos da pandemia da Covid-19 no cotidiano das comunidades indígenas. A primeira conversa em conjunto serviu como um momento muito importante para compreender as demandas presentes na comunidade e realizar pactuações sobre as estratégias do projeto. Depois, em um segundo momento, realizava-se apenas com os agentes comunitários de saúde indígena e técnicos de enfermagem, as atividades de atualização em saúde mental e Covid-19, voltadas ao manejo de situações de urgência e emergência em saúde mental e Primeiros Cuidados Psicológicos.

Como resultado destes momentos, observou-se que, apesar das diversas demandas específicas dos diferentes coletivos, foi percebida uma nova urgente demanda comum em todas as aldeias e retomadas onde foram realizadas ações, contando com relatos de lideranças, profissionais de saúde (ACS ou técnico enf.) e educação (diretores e professores). Ficou evidente em todas as conversas que, quando questionadas sobre a situação das crianças e jovens durante a pandemia,

não havia informações novas desde que as aulas e demais atividades coletivas haviam sido suspensas, tampouco se sabia sobre o que poderia estar ocorrendo com as crianças e os jovens em isolamento restrito aos domicílios.

Diante das problemáticas percebidas, houve necessidade de ampliar o foco do projeto e passar a trabalhar mais nos fluxos de atendimento das redes de atenção à saúde mental, guiado por um intenso processo de educação permanente nas redes de serviços de saúde locais. Dentre as atividades com profissionais de saúde, destaca-se o recorte sobre o desenvolvimento de um projeto piloto de pontos focais de referência em saúde mental nas comunidades indígenas.

O objetivo geral deste projeto piloto, visto como um recurso de tecnologia de cuidado em saúde utilizada como ferramenta de organização das redes de atenção à saúde mental já existentes nas próprias comunidades, foi fortalecer o apoio e suporte ao acompanhamento das demandas de saúde junto às redes de cuidado locais, na melhoria do acesso a promoção e prevenção da atenção em saúde mental e cuidado psicossocial junto às comunidades indígenas.

A ideia surgida nos diálogos foi criar mais um instrumento de capilarização das demandas de crianças e jovens residentes nas aldeias e retomadas, por meio de um serviço de atendimento telefônico, divulgado em redes sociais utilizadas pela comunidade. O recurso serviria para implementar o acesso dos jovens de comunidades indígenas aos serviços de saúde mental. A proposta surgiu em reuniões de pactuação com as lideranças, profissionais de saúde e educadores das comunidades, quando evidenciou-se a grande dificuldade de informações sobre como estava a saúde mental dos jovens, em que não se estava frequentando as escolas, e ficavam muito tempo isolados em suas casas e por vezes em situações de sofrimento.

Diante desta preocupação percebida como importante demanda nas diferentes comunidades das aldeias/retomadas atendidas pelo projeto e a partir do contato com algumas jovens lideranças, foi possível pensar e discutir estratégias para implementação de um tipo de atendimento voltado às crianças e jovens das comunidades. Primeiramente, o projeto era pensado para ocorrer por meio de profissionais de psicologia que fariam atendimentos. Contudo, a proposta foi vista como problemática pelas jovens lideranças, afinal, segundo o que disseram, dificilmente os jovens falariam com pessoas que não conheciam, ou profissionais com quem nunca tiveram contato, sobretudo, em situações muito difíceis de sofrimentos.

Quando perguntados sobre como poderia ser possível facilitar o contato com os profissionais das redes de saúde locais, os profissionais da área da educação foram apontados como pessoas de referência nas comunidades, com quem, possivelmente os jovens residentes nas aldeias sentiram-se mais confiantes para procurar ajuda quando necessário. Outra estratégia apontada na oportunidade, foi buscar incluir outros jovens no acolhimento, pois para estes seria mais fácil entender as situações que, por vezes, um adulto ou idoso não entenderia bem.

A proposta foi organizada como um projeto piloto em duas aldeias, para funcionar por meio do trabalho de um grupo de educadores e lideranças jovens indígenas, treinados para oferecer acolhimento e suporte aos jovens das aldeias, atuando por meio de ligações telefônicas. A tarefa era então treinar essas pessoas para ouvir e iniciar orientações sobre saúde mental, bem como, de ajudar o suporte dos profissionais da rede de saúde local, para auxiliar no apoio e acompanhamento dos casos destas comunidades indígenas. Em suma, foi oferecido um novo canal de comunicação onde os jovens das aldeias poderiam ligar para orientações sobre cuidados à saúde mental durante a pandemia de Covid-19, sendo acolhidos em seus problemas e orientados por outros indígenas treinados, com suporte das redes de saúde locais.

A proposta de implantação de redes de pontos focais na comunidade, onde diferentes pessoas da mesma poderiam assumir uma função precípua na base do cuidado à saúde em seus territórios, objetivou ajudar 'os parentes em seus problemas' (sic), acolher, escutar e dar uma orientação qualificada sobre sofrimentos mentais mais comuns entre seus pares, enquanto dispositivo de base articulado às redes de saúde locais, tendo a capacidade de ajudar no monitoramento de demandas de saúde mental de população em áreas de difícil acesso.

Assim, o desafio proposto foi de buscar estratégias para organizar o processo de trabalho nas redes de atenção à saúde indígena locais, para dar suporte aos pontos focais nas comunidades. Nesse sentido, a fim de ampliar o diálogo com a comunidade, foram pactuadas etapas formativas em conjunto com os profissionais do município, bem como, números de contato que serviriam para monitoramento conjunto das demandas de saúde mental de crianças e jovens (chips de telefone celular para os participantes e um grupo de WhatsApp).

Um movimento fundamental foi uma formação teórica/teórico-prática conjunta com os profissionais das redes de saúde mental locais (UBS/ESF nas

diferentes aldeias; DSEI; NASF; Coordenação de Saúde Mental e Assistência Social do Município). Foram realizadas formações com psicólogos das redes locais sobre saúde mental no contexto de atuação na saúde indígena, com foco no atual momento de enfrentamento à Covid-19 e da pactuação sobre o projeto de pontos focais nas comunidades indígenas, seguido de momento de educação em serviço (*in job training*) com atendimento de casos nas aldeias e supervisão conjunta aos psicólogos.

Outro movimento foi a formação de pontos focais, com utilização de metodologias ativas de ensino/aprendizagem sobre acolhimento e manejo de situações de sofrimento mental, bem como, organização do fluxo de demandas de saúde mental nas redes de saúde locais. O que envolveu pactuação entre os diferentes níveis, comunidades – serviços de saúde – coordenações de saúde mental e assistência social, bem como, organização de números de telefone para contato com pontos focais e grupo de WhatsApp, voltado ao acolhimento e acompanhamento de casos das aldeias parte do projeto piloto.

A Formação em Saúde Mental e Bem-Viver: Vitukoti xêti arinêti tratou-se de uma proposta de formação com os pontos focais das comunidades, contando com um total de 10 horas de atividades distribuídas em dois dias. Realizada como uma formação com 16 pessoas, escolhidas por conta de seu perfil enquanto educadores, ou por projetos desenvolvidos com jovens em suas comunidades, selecionadas a partir de um diálogo com escolas e postos de saúde das comunidades, onde os gestores articularam o contato e seleção dos participantes.

As atividades formativas foram realizadas em uma das comunidades, a Aldeia Igarapé (nome fictício para privacidade dos participantes do projeto), em uma escola que contava com um amplo espaço aberto, e estiveram voltadas ao desenvolvimento de competências técnicas com conteúdo adaptado sobre cuidado em saúde mental e atenção psicossocial. Os temas foram: 1. O que é saúde mental? Principais agravos no contexto da saúde indígena; 2. Funcionamento do acolhimento de demandas no cuidado; 3. Escuta e empatia da pessoa que procura por ajuda; 4. Questão do registro e encaminhamentos/supervisão dos casos em rede com os profissionais de saúde.

Primeiramente, foi realizado um exercício de escuta e relato de caso prático com os participantes. Separados em duplas, os participantes foram convidados a

desenvolver um diálogo sobre o tema: breve apresentação de nome, profissão ou ocupação, seguido de um relato sobre como foi sua experiência na Pandemia de Covid-19. Após este momento, foram organizados novamente em grupo, cada participante apresentou sua dupla aos demais participantes, relatando assim como foi a experiência de escuta e buscando trazer as principais informações relatadas pela colega sobre como foi para ela o enfrentamento. Neste momento, ocorreram as intervenções no sentido de problematizar os conceitos de escuta e acolhimento de demandas de saúde mental, bem como, da questão da empatia no processo de tomada de decisão, como elementos centrais ao acolhimento de demandas das pessoas na comunidade.

Assim, na perspectiva do processo de tomada de decisão no cuidado à saúde, a aposta foi a construção de estratégias próprias de melhor convívio com os problemas vividos pela pessoa que, precisa necessariamente de soluções encaminhadas a partir do próprio sujeito que busca pelo acolhimento. Cabendo ao acolher, potencializar e fortalecer a autonomia da pessoa para conduzir suas escolhas e decisões. Eram abordados conteúdos voltados à detecção de sinais e sintomas de situações de risco (isolamento social/psíquico) em sofrimentos mentais e os principais agravos de saúde mental em comunidades indígenas (violências; uso abusivo de drogas; suicídio; uso de medicações psicotrópicas). Nesse sentido, o manejo de como proceder para encaminhamento destes tipos de casos para a rede de atenção psicossocial, atuando no fluxo de atendimento, onde buscar ajuda, registro e encaminhamento do caso nas redes de saúde locais.

Para finalizar os trabalhos do dia, foram debatidos os seguintes temas: 1. Fluxograma analisador de demandas de saúde; 2. monitoramento de demandas e atendimentos em saúde mental na atenção básica; 3. Projeto de intervenção a partir de pontos focais de referência. Nesse momento, o objetivo dos trabalhos esteve no foco de desenvolvimento de habilidades para registro das informações do acolhimento, e de referência para rede de saúde mental com DSEI e Município. Ocorreu nessa oportunidade o agendamento do último encontro geral de pactuação com todos os envolvidos no projeto, com profissionais e gestores das redes locais, pontos focais de referência na comunidade e lideranças, momento voltado ao objetivo de fechamento das orientações e pactuações necessárias ao melhor encaminhamento do projeto.

Na etapa seguinte foi retomado o fomento da rede de contato com os profissionais do Município, DSEI e pontos focais que serviria de suporte para as ações do grupo nas comunidades, bem como, organizados detalhamentos para o funcionamento do projeto, em parceria com a gestão das redes de saúde locais. No dia marcado, ocorreu a reunião da comunidade e profissionais, seguida de uma outra reunião apenas com os gestores locais para planejamento, e desenho de um fluxo de atendimento nas redes de saúde mental locais, com foco nas demandas dos jovens das comunidades indígenas.

Nesta última reunião com a participação de gestores e profissionais de saúde e assistência social, incluindo os profissionais do DSEI, foi dado fechamento ao desenho do fluxo e escolhidos os profissionais de referência que fariam o acompanhamento do projeto. Foram escolhidas profissionais para a função de referências do grupo de pontos focais, ambas psicólogas, responsáveis pela área de saúde mental no DSEI e atenção básica no Município, que juntas estariam articulando os suportes necessários aos pontos focais no diálogo com as redes de saúde em nível de complexidade especializada.

Cabe dizer de um outro segmento importante deste projeto, que foi a realização de uma oficina de promoção de saúde mental, e audiovisual, com 10 jovens indígenas das aldeias do projeto piloto, onde foram problematizadas as dificuldades vividas pelos jovens no contexto de enfrentamento a pandemia de Covid-19, debatidas ideias e produzidos vídeos que circularam posteriormente para divulgação. Foi nesta oficina que o nome Vitukoti xêti arinêti foi criado pelos jovens comunicadores, em meio a produção dos vídeos usados para dar informações sobre cuidados à saúde mental na pandemia da Covid-19, bem como, os contatos dos pontos focais nas comunidades indígenas e de serviços de atendimento nas redes de saúde locais.

Já na manhã do dia seguinte da reunião final havia um caso sendo acompanhado pelos profissionais, em parceria com pontos de referência nas comunidades. Como previsto, um dos pontos focais entrou em contato pelo grupo com a referência do DSEI, esta já se organizou para avaliação do caso junto às referências do Município. Assim, após as avaliações, o caso passou a ser acompanhado e foi organizado então o atendimento na rede especializada de saúde mental.

Considerações finais

O relato das experiências aqui narradas buscou refletir sobre a importância da adoção de tecnologias de cuidado em saúde estruturadas a partir de diálogos permanentes com os atores envolvidos, vistas como premissas indispensáveis na construção de qualquer proposta de intervenção voltada à promoção de cuidado à saúde ou saúde mental com comunidades indígenas. Neste contexto, defende-se que, estas propostas de intervenção são, então, melhor entendidas como práticas/conhecimentos de cuidado ao bem-viver dos povos indígenas.

Se por um lado, os impactos da pandemia da Covid-19 afetam não somente as pessoas em isolamento social, mas todas as pessoas em maior ou menor grau, por outro lado, é necessário pensar que determinados grupos sociais são mais impactados, como no caso dos idosos, portadores de doenças crônicas e em especial, as crianças e jovens. Sobremaneira, o objetivo do processo de trabalho dos profissionais no cuidado à saúde permanece na busca de soluções para as demandas de saúde das pessoas, neste sentido, a partir do foco na área da saúde indígena, no fortalecimento da autonomia e protagonismo das pessoas na tomada de decisão sobre seus processos de adoecimento e direitos diante da sociedade não-indígenas.

Algumas medidas consideradas simples, de apoio e suporte técnico aos mecanismos das próprias comunidades para solução dos problemas cotidianos, como visto no texto, podem contribuir eficazmente para ajudar a criar novas possibilidades de tecnologias de cuidado à saúde nos diversos níveis de atenção, em ações conjuntas entre os interessados na resolução das demandas de saúde das comunidades. O processo de trabalho dos profissionais de saúde indígena precisa, assim, estar orientado para criar as possibilidades coletivas de ativar o desejo de produzir um bom convívio com as sociedades, de produção de subjetividades e acontecimentos, da busca de autonomia e autodeterminação na vida cotidiana no território.

O agenciamento das redes de cuidado à saúde é uma ferramenta na busca de atendimento às demandas de pessoas que buscam ajuda nos estabelecimentos de saúde. Trata-se de ativar forças, fluxos de serviços, profissionais e comunidades a partir de uma rede viva de relações de cuidado, da produção do cuidado vivo sustentável. Isto significa dizer que a principal

função dos profissionais de saúde é o trabalho em redes de cuidado à saúde, sempre na busca por atuar de forma multipessoal para atender as necessidades das demandas dos usuários e coletivos.

A construção de diálogos mais responsáveis entre saúde mental e bem-viver, parte da premissa da necessidade de respeito às diferenças do outro, de buscar equilíbrio e entendimento. Assim como privilegiar práticas das próprias culturas indígenas na solução das demandas vividas por estas que, por vezes, podem demandar de novos termos, novos conceitos, histórias, ideias e práticas de intervenção no cuidado à saúde coletiva.

Saúde mental é um termo historicamente marcado pelas mudanças na compreensão sobre o que é saúde e doença, corpo e mente, afinal, estas não são noções fixas para orientar os trabalhos de cuidado à saúde de forma padronizada. Nesse sentido buscou-se neste texto apresentar uma destas outras perspectivas que nos parecem interessantes, fundamentalmente organizada a partir de relações, de conexões, de redes de produção de subjetividades, nomeadas aqui como cuidado ao bem-viver dos povos. Porém, por se tratar de um contínuo, parece que aos poucos a ciência começa a mudar também. A Organização Mundial da Saúde, em seu novo guia sobre Saúde Mental Comunitária, ressalta que o modelo biomédico falhou e faz um apelo à saúde mental global para a mudança de paradigmas no cuidado (WHO, 2021).

Sobremaneira, os processos de resignificação que as equipes vêm realizando em seus cotidianos são responsáveis pelo surgimento destes novos paradigmas ao trabalho na saúde e precisamos estar sempre atentos a esta atuação como campo privilegiado de produção de inovações. É improvável assistência sem considerar os contextos históricos e de relações sociais das pessoas nos territórios. É preciso estar atento ao perigo de querer saber o que é melhor para o outro que não conhecemos.

Referências

- Acosta, A. (2019). Bem Viver, uma oportunidade para imaginar outros mundo. Editora Elefante.
- Alarcon, D. F. (2020). O retorno dos parentes: Mobilização e recuperação territorial entre os Tupinambá da Serra do Padeiro, sul da Bahia. <http://objdig.ufrj.br/72/teses/906568.pdf>

- Amado, L. H. E. (2019). Vukapanavo – o despertar do povo Terena para os seus direitos: movimento indígena e confronto político. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro.

- Amarante, P. D. C. (2014). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 52 (6), 1090-1107.

- Barreto, J. P. L., & Dos Santos, G. M. (2017). A Volta da Cobra Canoa: em busca de uma antropologia indígena. *Revista Antropologia São Paulo Online*, 60.

- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Atenção psicossocial aos povos indígenas: Tecendo redes para promoção do bem viver. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf

- CIMI - Conselho Indigenista Missionário. (2020). Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2019. www.cimi.org.br

- Garnelo, L. (2014). O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira, C. G., & Garnelo, L. (Org.) Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Ed. Fiocruz.

- Gordon, C. (2014). O Bem Viver e Propriedade: o problema da diferenciação entre os Xikrin-Mebêngôkre (Kayapó). Ed. Mana, Rio de Janeiro, 20 (1), 95-124. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

- IASC - Inter-Agency Stading Committee. (2020). Comitê Permanente Interagências. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. Versão 1.5. <https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>.

- Luciano, G. S. (2006). O índio brasileiro: O que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 233p. (Coleção Educação Para Todos. Série Vias dos Saberes n. 1).

- Pontes, A. L. de M., Garnelo, L., & Rego, S. (2014). Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Rev. bioét. (Impr.)*; 22 (2), 337-46.

Viveiros de Castro, E. B. (1986). *Arawete: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Viveiros de Castro, E. B. (1998). "Cosmological deixis and Amerindian perspectivism". *Journal of the Royal Anthropological Institute*, N.S.(4), 469-488.

Viveiros de Castro, E. B. (2002). *A inconstância da alma selvagem*. Rio de Janeiro: Cosac Naify.

WHO - World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization.

Xakriabá, C. (2019). Concepções de uma Xakriabá sobre a autonomia indígena em meio a processos de tutela. *Vukápanavo: Revista Terena*. Ano 2, v. 2. <https://www.vukapanavo.com/>

EL BIOPOER COMO ESTRATEGIA COLONIAL: A PROPÓSITO DEL BROTE DE COVID-19 EN POBLACIÓN EMBERA CHAMÍ, RISARALDA, COLOMBIA

Federico Villegas Cardona

Una cultura agobiada por el mestizaje: cultivo para una crisis sanitaria

A la altura de 1510 msnm, en las montañas de la cordillera occidental colombiana se encuentra un pueblo conformado por dos tipos de poblaciones: mestizos y nativos de la etnia Embera Chamí. Para esta reflexión entenderemos el mestizaje como estrategia de construcción de identidad nacional de los países latinoamericanos, basadas en la homogeneidad cultural, racial y epistémica bajo estándares coloniales. Estos últimos, originarios en dicho territorio y pertenecientes al tronco cultural y lingüístico Chocó (Hernando & Sanambria, 2017) nombraron este territorio como Misitarado, que en lengua katio significa "rio de muchas loras" (Colombia, 2012) y que ahora ostenta el nombre de Mistrató. Para el año 2018 la población proyectada era de 16.595 habitantes, de los cuales el 51,5% correspondió a población de etnia indígena Embera (Mistrató, 2018), distribuida en su mayoría en la zona rural del municipio y organizados políticamente en cabildos.

El origen del mundo para la etnia Embera chami se explica a través de la composición de tres planos de existencia que exponen la diferenciación entre el cuerpo, el espíritu y la naturaleza; razón por la que han construido el concepto de salud en torno a la armonía existente entre los dominios físico, psíquico, social, espiritual y ambiental, equilibrio a cargo de los elementos naturales, de las plantas y el territorio, según Cardona (2012). *Wikira Ekni* en lengua katio representa el eje totalizante del equilibrio entre el hombre, la naturaleza y los ancestros, significa salud-vida e incluyen aspectos culturales, de soberanía alimentaria, de educación, de justicia y de territorio

(idem, ibidem); por lo que la construcción simbólica en torno a la salud va más allá de los límites biológicos del cuerpo y se relaciona de manera holística e integrativa entre el ser humano con sus semejantes, su ambiente y sus deidades.

Esta construcción ancestral de su conocimiento, asociado al contacto con el mundo occidental, ha identificado diferentes escenarios como nociones causales de la enfermedad: el distanciamiento del indígena de su vida espiritual, el contacto con energías negativas y el mestizaje (Cadorna, 2015); para las cuales ha diseñado un sistema mixto e intercultural de atención donde interactúan saberes tanto ancestrales como tradicionales en el abordaje terapéutico. El primero de ellos orientado a la sanación a través de la etnobotánica y la intermediación del médico tradicional (Jaibaná) en la restitución del equilibrio entre el hombre y el mundo espiritual, informa Vasco (1985) y el segundo de ellos limitado a las dolencias físicas y aspectos paliativos del dolor.

Este entramado de construcciones etnomédicas identificadas en diversas investigaciones (Jairbereth, 2021; Arboleda, 2019) presenta numerosos actores que intervienen según las alteraciones en las dimensiones previamente señaladas; de tal manera se han identificado acciones de auto atención y prevención de la enfermedad a cargo de las abuelas, sobanderos encargados de las lesiones osteomusculares, curanderos conocedores de la etnobotánica, parteras encargadas del cuidado del embarazo y el recién nacido, médicos tradicionales y jaibanás responsables de proteger y orientar la vida espiritual del resguardo. Este último derivado etimológicamente de la palabra “jai”: espíritu susceptible de curar o causar enfermedad, y “baná”: posesión; aquel que es habitado por los espíritus.

No así el jaibaná. Este es un hombre de conocimiento. Es un sabio, como lo denominan los propios indígenas; es un doctor de indios. Trasciende con su aprendizaje y con su acción el nivel de la conciencia espontánea y la acción ciega del hombre ordinario. Por esto es una vez más, el verdadero hombre, el hombre completo ligado con la realidad en su completitud (Vasco, 1985, p. 134).

Pese a lo anterior, en la actualidad vale la pena preguntarnos ¿Qué tan presentes están estos códigos de conducta en los Embera Chami de Mistrató? ¿Qué

aspectos culturales asociados a los procesos de salud enfermedad siguen vivos en el siglo XXI? ¿Cómo se desarrollan sus prácticas en un territorio compartido con el mundo occidental? ¿Qué elementos cosmogónicos le permite al pueblo Embera enfrentar la pandemia por Covid-19?

Lo anterior debe ser analizado a la luz del contexto histórico que devela el trasegar de hombres y mujeres que han “conservado” el conocimiento ancestral a lo largo de los años, pese al genocidio de la conquista española, al etnocidio de la inquisición católica y evangélica y al epistemicidio de las ciencias hegemónicas eurocentristas que, desde la institucionalidad operan en su territorio. Estas relaciones coloniales persisten en el territorio, estableciendo líneas de tensión con un pueblo apenas reconocido desde 1991 tras el proceso constituyente colombiano.

Desde las épocas coloniales las instituciones españolas primero y republicanas después, han intervenido a la sociedad indígena. Se les exigió a los nativos el agrupamiento en poblados, el pago de tributos y la prestación de servicios, el nombramiento de autoridades indígenas que validaran la dominación, la sujeción a elementos tales como los curas doctrineros y otros agentes coloniales. Después de la independencia fueron entregados en calidad de ‘salvajes’ a la dominación eclesiástica, el control de las comunidades se hizo a través de ‘caciques’, ‘gobernadores’, ‘mayordomos’, etc., nombrados por las instancias no indígenas. (Pardo, 1991, p. 147).

Como ejemplo de lo anterior, las prácticas en salud de este pueblo originario se verían fuertemente acechadas por las autoridades locales tal como se evidencia en el decreto expedido por la alcaldía municipal de Mistrató el 10 de marzo de 1976 y leído por el sacerdote en la celebración eucarística en el que denunciaban el hecho de que *“dentro de la población indígena se vienen haciendo prácticas con bebedizos y otras sustancias con el fin de lograr lo que se denomina: ‘HECHICERIAS O MALEFICIOS’, causando enfermedad y malestar en la población indígena”* (Vasco, 1985, p. 14), condenando a quien incurriera en dicha práctica a 7 años de cárcel y multas de carácter económico. A estas sentencias se asocia la quema sistemática de bastones de jaibanás en la plaza pública como “prueba

de su conversión” y como mensaje de censura del conocimiento ancestral en el territorio. El bastón de mando es un símbolo que se ostenta en el pueblo indígena Embera chamí, un Jaibaná puede tener varios bastones dependiendo de los Jais que puede manejar para curar.

Esta persecución eclesiástica y judicial hacia el jaibanismo y a otros tipos de expresiones o prácticas de la epistemología Embera en el territorio, hizo parte de las estrategias coloniales mediante las cuales se satanizó la práctica jaibanística, llevando incluso a propiciar el asesinato de jaibanas por parte de aquellos indígenas que, aceptados en el catolicismo, adoptaron la idea de que todo lo malo que ocurría en el territorio era causado por el jaibanismo (Vasco, 1985); desvirtuando y demeritando al conocimiento ancestral, imponiendo una lógica homogenizante de organización social sobre la cual lo único válido y verdadero proviene del modelo caucásico y racional europeo.

Esta implantación violenta de un modelo homogeneizante de pensamiento, de participación política, de espiritualidad y de práctica médica hacen parte de las estrategias civilizatorias por las que atraviesan los pueblos originarios y que condicionan irreversiblemente la vida en lo político, epistémico e identitario según Marzo (2019). Poco a poco el conocimiento ancestral y su transmisión generacional se fue deteriorando y desplazando el cuidado de la salud del pueblo Embera a las lógicas caritativas de las misiones católicas en el territorio y posterior a las prácticas del conocimiento científico que, bajo un mismo delirio de superioridad, señalarían como irracional todo tipo epistemologías que no se redujeran a su visión biocéntrica y farmacológica de la enfermedad.

Bajo este contexto complejo y divergente sobrevive la cultura del pueblo Embera Chamí del municipio de Mistrató, quienes para el mes de septiembre del año 2020 habrían de enfrentar su primer conglomerado de infección por Sars-Cov2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*); cuya respuesta sanitaria avivó las prácticas coloniales que, esta vez a cargo del conocimiento científico occidental, impuso una serie de medidas sanitarias incompatibles con la perspectiva holística de la epistemología ancestral y evidenció las condiciones de precariedad en las que se desarrolla la vida de estos habitantes.

La contención de un brote por Covid-19: detonante del racismo estructural

Desde su detección inicial en el continente asiático, tardó un poco más de 3 meses para que la enfermedad producida por el nuevo coronavirus SarsCov2 llegara a Colombia; el primer caso confirmado se dio en la capital colombiana (Colombia, 2020a) y posteriormente se irían detectando más casos en las ciudades principales (Cali, Medellín, Cartagena) y en municipios no capitales. Fue entonces para el mes septiembre del año 2020 que a la unidad de primer nivel de atención de Mistrató consultó una mujer de etnia Embera Chami con cuadro febril y dolor osteomuscular generalizado; sospechosa inicialmente de malaria la cual fue descartada por exámenes de laboratorios, con la posterior evidencia molecular de ser portadora del SarsCov2.

La mujer que afirmaba no haberse desplazado fuera del municipio, residía en el Resguardo Unificado Embera Chamí donde las condiciones higiénico-sanitarias revelaban el abandono estatal al que ha sido condenada esta población y pasaban cuenta de cobro histórico en un momento trascendental en el que, por las mismas condiciones de vulnerabilidad, los Tikuna, pueblo indígena asentado en ambas márgenes del río Amazonas y sus afluentes, enfrentaba las más altas tasas de mortalidad (Colombia, 2020b). Hacinamiento, no potabilización del agua, condiciones inmuno-nutricionales deficientes e insuficiente red de atención en salud, son el caldo de cultivo, literal y figurativamente, para una crisis sanitaria, como lo estipula el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU (2020).

El cerco epidemiológico resultante del caso inicial terminó con la detección de 11 casos positivos, cuya notificación nacional dio origen a toda la clase de reacciones. Por un lado, diferentes veredas pertenecientes al mismo resguardo notificaron síntomas compatibles con la enfermedad, los habitantes de la vereda que había protagonizado el brote fueron víctimas de señalamiento por su propia comunidad por haber consultado a la medicina occidental y no haberlo hecho a su sistema ancestral de cuidado (esta discriminación produjo el rechazo de varias veredas a las acciones de tamización Covid-19) y por otro lado, todas las autoridades nacionales en salud reaccionaron ante el surgimiento de estos nuevos caso a través la estrategia PRASS (Prueba-Rastreo-Aislamiento Social y

Sostenible) (Colombia, 2020c). El despliegue gubernamental en salud más grande visto en un territorio que a diario (e históricamente) se debate entre la malaria, la desnutrición y la mortalidad materno perinatal, según el análisis situacional en salud municipal (2018).

Producto del despliegue mediático en medio de una situación que exacerbaba la proliferación de un flujo desmedido, irresponsable y poco fiable de información, y de la inminente necesidad de realizar acciones acordes al riesgo de mortalidad por las situaciones de vulnerabilidades ya expuestas; se realizaron en el municipio dos encuentros aislados, ambos de una importancia categórica que enuncian la ruptura política y epistémica entre mestizos y el pueblo indígena en una pugna de relaciones coloniales. Por un lado, un Puesto de Mando Unificado (PMU) instalado en la cabecera municipal, con participación del componente científico y gubernamental tanto del municipio como del departamento definiendo las acciones de contención epidemiológicas en el territorio ancestral, y por otro lado, la asamblea realizada en el resguardo por gobernadores de veredas junto a las autoridades ancestrales, definiendo la pertinencia de las acciones impuestas, no concertadas, en el PMU.

El despliegue sanitario que se dio por las montañas del resguardo indígena a cargo de un equipo que, acorde a las retóricas del poder y de régimen disciplinar, tuvo como nombre “patrulla sanitaria”; operó bajo la lógica totalizante de la ciencia occidental que pretendía abordar desde lo anatómico, biológico e individual un fenómeno que afecta a un pueblo que se entiende desde lo territorial, espiritual y colectivo. Este encuentro vertical y subalternante, que no reconoce el derecho que le asiste a los pueblos originarios a interpretar la realidad y operar en torno a sus códigos culturales, embistió a los cuerpos en un ejercicio de bio-poder, como dispositivo disciplinar para señalar, vigilar y confinar. En otras palabras, prácticas de dominación que instrumentalizan la vida en nombre de la salud pública (Toscano, 2008).

El mandato del confinamiento que se deriva de la detección de indígenas sospechosos o confirmados (siguiendo los lineamientos de la estrategia PRASS) no toma en cuenta las desigualdades ni las diferentes formas de vulnerabilidad que coexisten en este pueblo de la montaña, que a diferencia de otro tipo de poblaciones, encuentran en este micro-gerenciamiento de sus cuerpos

una estrategia que profundiza la precarización y el hambre (Sagot, 2020), además de la estigmatización a la que se someten en un espacio que práctica abiertamente conductas racistas “*yo me pongo el tapabocas cada que veo a un indígena*” comentaban en las calles del municipio. Bajo la misma lógica, para las epistemologías hegemónicas el conocimiento médico ancestral resulta incomprensible y poco funcional, en la medida en que no responde a las lógicas del mercado farmacológico y confronta la pandemia desde ontologías diferentes, capaces incluso de encontrar en la relación capitalista con la naturaleza, la etiología socio-histórica de la crisis (Sousa, 2020).

El biologismo, concepción metodológica positivista, dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la salud y la enfermedad como mercancías, orientación asistencial, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación asimétrica médico-paciente, subordinación técnica y social del paciente, concepción del paciente como ignorante, portador de un saber equivocado y consumidor pasivo, exclusión del paciente del saber médico, escasa aplicación de actividades preventivas, deslegitimación científica de otros saberes y alto grado de tecnologización e institucionalización de la medicina (Cardona-Arias, 2014, p. 79).

En este orden de ideas entender como crisis sanitaria al brote de covid-19 en el pueblo indígena Embera Chami de Mistrató es un error conceptual en la medida en que las crisis son por naturaleza, excepcionales y temporales (Souza, 2020), mientras que dicho territorio -desde las épocas de la conquista- su crisis es eterna, la mejor respuesta sanitaria, lejos de ejercer dispositivos de control sobre sus cuerpos, es la que dé cumplimiento a sus demandas históricas, a la asignación de terrenos propicios que garanticen su soberanía y seguridad alimentaria, garantizar las condiciones mínimas higiénico-sanitarias y el fortalecimiento de su sistema ancestral de pensamiento; en cuya relación con los elementos que constituyen el mundo podríamos encontrar la solución a lo que le dio origen a esta crisis sanitaria, que es también política, social, económica y ecológica.

El control sobre los cuerpos: herencia colonial

La medicina como ciencia tomó para los albores del siglo XVIII una implicación casi religiosa, la medicalización rigurosa, dogmática y militante de una sociedad a la cual clasifica, en sus aspectos individuales, sociales y hasta psicológicos, entre normal y patológico; lo que reviste de funciones especiales a este grupo de profesionales en clave de ser, homólogos a sus sanadores del espíritu, los sacerdotes del cuerpo. Esto ha llevado a la gestión de la vida humana basada en el conocimiento científico, médicos (as), enfermeros (as), psicólogos (as) que encarnan en su quehacer diario un dispositivo de control sobre los cuerpos de aquello que consideran anormal, o para este caso infectocontagioso (Foucault, 2013).

Para Foucault, autor del origen de la clínica, la medicina de las epidemias no podría existir, sin ser reforzada por dispositivos de control como la policía. El acto médico adopta para la pandemia por Covid-19 todo un arsenal normativo que regular la vida en sociedad, indicando aislamientos individuales, cuarentenas obligatorias, proscripción del ingreso a lugares específicos y hasta prohibición de los rituales de la muerte. Los controles se desplegaron por todos los territorios y el conocimiento científico marcó las pautas para garantizar la efectividad del mismo.

Esto moviliza a los sistemas de salud en una transformación insospechada, convirtiéndose ellos mismos en una entidad delatora y punitiva que ejerce su fuerza coercitiva sobre la sociedad, que bajo las relaciones racistas expuestas anteriormente, adopta conductas micro fascistas bajo la tutela de sanidad. Lo pretendido con lo anterior es demostrar como la pandemia expone de manera más evidente un fenómeno que pasa desapercibido en la cotidianidad: la medicina como dispositivo de poder cuya más alta función es invadir la vida eternamente a través de una narrativa que define al cuerpo sano, a la sexualidad normal, que medicaliza al cuerpo, lo interviene, le controla sus variables fisiológicas para el control de la natalidad de los pueblos, en fin, el poder sobre la vida, el biopoder (Foucault, 1986).

Esta tecnología de poder que se orienta hacia la macrofísica de la población y la microfísica del sujeto, es decir que fabrica al sujeto y regula a la población (Toscano, 2008), se desarrolla sobre categorías segregadoras en clave de

raza, clase y sexualidad; lo que implica una actitud clasificatoria de la humanidad en manos del conocimiento científico, que recurre a estrategias de subjetivación en las cuales ciertos conocimientos, ciertas razas, ciertos géneros son superiores a otros, lo que le permite ejercer con mayor contundencia el control sobre los cuerpos, los cuerpos subalternos a un modelo colonial.

Esto expone la situación bajo la cual se desenvuelve el pueblo Embera Chamí, en medio de una contingencia mundial que solo se permite leerse y decirse desde la narrativa científica occidental y que despliega, como una extensión histórica del colonialismo, sus tecnologías de poder sobre el cuerpo, el territorio y la cultura. Español y katio, iglesia y nativo, médico y jaibaná, son diferentes expresiones socio históricas de confrontación de dos lógicas diferentes, no necesariamente disonantes, que podrían coexistir y potenciarse, en lugar de oprimirse y extinguir.

Basados en lo anterior el colonialismo no solo se ejerce de una manera militar como en el siglo XVI, sino que consiste también en esa transformación paulatina de la forma de entender el mundo (incluyendo la salud y la enfermedad) hacia las formas definidas por quienes dominan en las relaciones de poder (Mignolo, 2003); adoptar las formas epistémicas de los colonizadores implica desprenderse de modelos autóctonos de comprensión de la realidad, adoptar relaciones diferentes con los ancestros y hasta normalizar los desastres ecológicos de la modernidad.

Esta colonialidad epistémica que vemos ejercida sobre el pueblo Embera, naturaliza el imaginario cultural europeo como única forma de construir conocimiento, una subjetivación hegemónica que coloniza al ser (Maldonado, 2007) en todos los aspectos de su desarrollo individual y colectivo; llegando incluso a convertir a la naturaleza en un dominio pasivo para su explotación, en lugar de refugio sagrado de su conocimiento y práctica ancestral. En esta pugna colonial el acto médico despliega sobre el cuerpo y las poblaciones elementos disciplinarios, a la vez que transgrede los conocimientos de un pueblo cuyas nociones de “sanación” incluye elementos mucho más amplios de lo que contempla la medicina occidental, en la medida en la que no sólo curan a seres humanos, sino su entorno. Ideal para una crisis que más que sanitaria, es ecológica.

“Nama bu”: existimos

En este entramado histórico se ha desarrollado la vida del este pueblo de la montaña, hijos de Karagabí (ancestro creador de los Embera, su mundo y su cosmos) que al igual que otros pueblos del sur global se desterritorializan todo el tiempo en función del invasor; es a través de la sobrevivencia de la opresión que resisten y se definen, tal como ocurre en este momento, obligados y obligadas a padecer una enfermedad a causa de una globalización que lejos de beneficiarlos los desfavorece, y que los exhorta a asumir las consecuencias del modelo neoliberal responsable de esta crisis humanitaria mundial.

La pandemia ha develado entonces el lado más cruel de la modernidad, que no solo es las responsable etiológica de todas las zoonosis emergentes del último siglo, sino también es la responsable de desdeñar todo aquello que no favorezca los intereses del mercado, de la producción y el consumo. Esta lógica, inexistente en la complejidad del sistema de pensamiento indígena, representa el afán por reducir estos conocimientos a folklore, dialecto y superstición, subestimando su capacidad de construcción de otros mundos posibles.

Cada día se hace indispensable el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la sociedad colombiana y sus instituciones requieren ampliar su anclaje epistémico y permitir otras formas de comprender el mundo, en un diálogo de saberes que fortalezca ambos conocimientos tanto el ancestral como el occidental (Rigail, 2009). Valdría la pena entonces darle la palabra al pueblo Embera para escuchar de su conocimiento ancestral elementos para interpretar la pandemia actual, herramientas que permitan restituir el equilibrio en las dimensiones que conforman su mundo y un esfuerzo colectivo para generar inmunidad de rebaño en contra de todo tipo de expresión racista y colonial.

A veces, en la noche cerrada de la montaña, en donde las horas transcurren lentas hacia el amanecer, y la selva está aún ahí, al alcance de la mano desde el corredor del tambo, el viento trae las notas de un canto, del canto de un Jaibaná que desafía el peso de nuestra civilización opresora y etnocida... Su tam tam anuncia que todavía viven y trabajan los verdaderos hombres, por encima de la muerte que los amenaza, garantizando la identidad de sus gentes, la existencia de los Embera (Vasco, 1985, p. 158).

Referências

- Arboleda, J., Vargas, L., Fiscal, L., López, K., & Mejia, T. (2019). Percepciones y practicas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica. *Cultura de los Cuidados* [internet], 23 (54). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.27>
- Cardona, A., Jaiberth, A., Rivera, Y., & Carmona J. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 41 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100008&lng=es
- Cardona, A., Jaiberth, A., & Rivera, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 471-483. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013&lng=es
- Colombia. (2012). Consejo Regional Indígena de Risaralda. Plan de vida del pueblo embera de Risaralda.
- Colombia. (2020a). Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, COVID-19 en Colombia; Décimo segundo Informe Técnico. Bogotá.
- Colombia. (2020b). Ministerio de salud y Protección Social. Colombia confirma su primer caso de COVID-19. Bogotá.
- Colombia. (2020c). Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de implementación PRASS: Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible. Bogotá.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad, la voluntad de saber*. trad. Ulises Guinazú. México: Siglo Veintiuno editores.
- Foucault, M. (2013). *El nacimiento de la clínica: una mirada a la arqueología médica*. 2da edición. Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores, 45-65.
- Hernando, J., & Sanabria E. (2017). La cultura Embera y las políticas ambientales (Colombia): un análisis interdisciplinar desde la Biología y la Antropología. *RELACult*. [internet]. v.03, ed especial. <https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/630>
- Jaiberth, A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev. salud pública* [Internet], 14 (4), 630-643. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000400008&lng=en.

- Maldonado, T. (2007). "Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto". In: Castro-Gómez, S., & Grosfoguel, R. (coords.) El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Marzo, M. (2019). Jaibanismo y colonialidad: los conflictos entre jaibaná en el resguardo Embera-Chamí de Karmata Rua, Antioquia, Colombia. Revista Kavilando, [internet], 11(1), 148-171. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65915-0>
- Mignolo, W. (2003). Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Ed. Akal.
- Mistrato, R. (2018). Secretaria de salud. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud.
- Pardo, M. (1991). Los Espíritus Aliados. Chamanismo y Curación en los Pueblos Indios de Suramérica. En: Almodio E, Juncosa J (eds). El Convite de los Espíritus. Notas sobre Chamanismo Chocó: Abya-Yala Publisher, 81-154.
- Rigail, A. (2009). Interculturalidad en la salud. Rev Pontificia Universidad Católica Ecuador. [internet], 87:7-11.
- Sagot, M. (2020). Muerte, control social y bienestar en tiempos de Covid-19. En: Bingel B, Pleyers G (editores) Alerta global Políticas, movimientos sociales y futuras en tiempo de pandemia. CLACSO, 107-114.
- Sousa, B. (2020). La cruel pedagogía del virus. Papmpín M, Sablich L, Leguizamón M, Sticotti N. CLACSO, Buenos Aires.
- Toscano, L., & Gihovani, D. (2008). EL BIO-PODER EN MICHEL FOUCAULT. Universitas Philosophica [Internet], 25 (51), 39-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409534415003>
- United Nations. (2020). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Los Pueblos Indígenas y la COVID-19 [Internet]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Pueblos Indígenas - NACIONES UNIDAS. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/covid-19.html>
- Vasco, L. (1985). Jaibanás. Los verdaderos hombres. Bogotá. In textos Universitarios Fondo de Promoción de la Cultura de Banco Popular: Adames L.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO NO DISTANCIAMENTO SOCIAL

Fernanda Pereira de Paula Freitas
Mirani Cristina de Barros
Delba Machado Barros
Isabela Tavares Amaral
Helvo Slomp Junior
Suzana Almeida Pinheiro da Silva
Milena da Paixão Gonçalves Viana
Patrícia Figueiredo Machado Leotério

Introdução

Este capítulo é parte do processamento da Educação Permanente em Saúde (EPS) conduzida por professores universitários, gestores e trabalhadores da saúde num pequeno município do Estado do Rio de Janeiro, entre abril e setembro de 2020, durante a pandemia de Covid-19.

O objetivo principal dessa experiência de EPS foi apoiar as equipes de saúde nos territórios do cuidado, que se viram confrontadas por dificuldades no trabalho cotidiano impostas pela crise sanitária. E como é pressuposto deste tipo de empreendimento, outro objetivo convergente foi reconhecer forças e potencialidades dos serviços e das comunidades para o enfrentamento local da pandemia.

Buscamos refletir sobre o trabalho em saúde e as reconfigurações do cuidado no contexto da pandemia, especialmente aqueles conduzidos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

Mais que um *report*, pretendemos atualizar certas premissas do saber/fazer dos ACS e sua importância no gerenciamento do cuidado centrado na pessoa, bem como a sua capacidade para identificar e instrumentalizar os indivíduos na resolução de problemas médicos e não médicos que podem impactar direta ou indiretamente na saúde da comunidade.

A pandemia de Covid-19 se desenvolve em múltiplas dimensões, constituindo vários determinantes em saúde. Sem dúvidas, ela incrementou a crise econômica que estava em curso no âmbito mundial, e consequentemente ela aprofundou desigualdades sociais e iniquidades em saúde. No Brasil, desde 2016, somada a esses atravessamentos econômicos, uma profunda crise política conflagra nossas políticas sociais, incluindo as políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde propriamente dito, vide a Emenda Constitucional Nº 95 de 2016 (EC-95/2016) que congelou os investimentos em saúde, repercutindo no desfinanciamento progressivo do setor (Brasil, 2016).

Neste cenário de recessão, e no que tange aos cuidados primários em saúde, se destaca a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estrutura resistente do sistema de saúde, por sua capacidade no cuidado longitudinal, e o trabalho do ACS como tecnologia leve da mais alta complexidade, no sentido de sua natureza itinerante, próxima, vinculada e comunitária, favorecendo o cuidado eminentemente criativo e resolutivo para uma porção representativa de casos. Isto porque a incorporação de um membro da comunidade nos processos de trabalho em saúde constitui tecnologia eficaz para os objetivos de saúde no território, considerando o modo como ele constitui ponto de interseção entre o local e o global, o território e o sistema de saúde, a práxis médica biologicista e os saberes e sentidos conferidos pela comunidade para o processo saúde/doença. De modo que usa sua própria experiência e inserção comunitária para a compreensão e especialmente para a reconfiguração de cenários e realidades transversais ao cuidado.

Essas potencialidades para o cuidado em saúde se revigoram na contingência sanitária atual, tanto quando se trata da doença aguda em curso na sua escala pandêmica, quanto das mais variadas situações de saúde determinadas, agravadas, e mesmo aquelas independentes da pandemia da Covid-19. E ainda que a APS e o ACS não tenham sido inicialmente acionados e reconhecidos como estratégicos para o controle e combate à pandemia, ou mesmo pela sua paralisia momentânea diante da necessidade de organização da assistência, nossa experiência é um encontro com a potência criativa, com a reformulação do cuidado de proximidade em face à mais justa e eficaz medida sanitária para o controle do contágio - o isolamento e distanciamento social. É também um encontro com a possibilidade do acesso à saúde, minimizando as iniquidades

expressas especialmente pelo conjunto dos usuários mais vulneráveis, seja do ponto de vista de suas debilidades, como ilustram, os idosos mais agravados, ou na maneira de suas inserções sociais, como o caso do acampamento cigano e da comunidade rural que acompanhamos durante a EPS.

Desse modo, este texto reafirma as qualidades da atenção primária como ordenadora do cuidado e referência imediata dos usuários, buscando refletir sobre a o trabalho criativo do ACS como meio especial pelo qual se amplia a capacidade do cuidado, também no contexto da pandemia. Como na babilônia da nova doença, em meio a “Lockdowns, N95s, tramas de algodão, medidas sanitárias, álcool 70%, distanciamento, isolamento, ética respiratória etc.”, é o ACS quem traduz a linguagem e o gestual, tanto das equipes de saúde para a comunidade, quanto da comunidade para as equipes. Do mesmo modo, quando se trata de traduzir certos comportamentos e dinâmicas próprias do território, sobretudo na sua capacidade de ampliar o olhar sobre aquilo que não se alcança de dentro da unidade básica de saúde. Na nossa experiência, o ACS é o agente tradutor e inovador da pandemia no âmbito da APS, e nossa ideia é compartilhar exatamente essas qualidades e capacidades para o cuidado na circunstância do isolamento e do distanciamento social.

Acreditamos que em cenários futuros próximos, após a completa imunização em massa, cessaremos a alta transmissibilidade do novo coronavírus. Mas é inegável que as desigualdades sociais aprofundadas no presente e as mudanças no padrão de morbidade em decorrência da Covid-19, ainda desconhecidas, determinarão outras necessidades em saúde. Esta contribuição aposta na percepção do modelo de assistência comunitária e suas inovações como experiência útil ao que ainda está por vir, fomentando o debate acerca do aprimoramento das tecnologias leves do cuidado e uma apreciação crítica à incorporação das tecnologias digitais de comunicação, tanto no trabalho da APS e do ACS, quanto nas possibilidades de EPS.

Contextos e cenários mais amplos da EPS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, no dia 30 de janeiro de 2020, frente

ao surto da Covid-19. A doença causada pelo novo coronavírus (SARS COV-2) foi notificada primeiramente na Cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019, e em 11 de março de 2020 já estava caracterizada pela OMS como uma pandemia.

O primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ocorreu em fevereiro de 2020 em São Paulo (OPAS, 2020). No Estado do Rio de Janeiro, a primeira notificação ocorreu no município de Barra Mansa, seguida de notificação na capital do Estado (Satriano, 2020), caracterizando a distribuição espacial inicial dos casos a partir das metrópoles, sobretudo, devido à presença de portos e aeroportos. Deste modo, essas regiões também concentraram inicialmente os esforços governamentais e da sociedade civil no enfrentamento à pandemia.

Além do contexto epidemiológico, compreender os aspectos socioeconômicos, os controles sanitários adotados e as ofertas assistenciais foram fundamentais para ancorar as experiências de cuidado à sua imanente realidade, constituindo a gramática para ler e processar a EPS.

Nesse sentido, além dos danos diretos à saúde, a pandemia provocou impactos sociais e econômicos importantes, que também repercutem na determinação de múltiplas condições de saúde, vulnerabilizando a comunidade para o risco de contrair Covid-19, ou de contrair e/ou complicar outros agravos à saúde. Sobre isto, devemos ressaltar as divergentes conduções da crise sanitária entre os estados, municípios e o governo federal. As medidas de controle do contágio são um exemplo dessas divergências.

A OMS recomendou desde o início da pandemia que se aplicasse testagem em massa e medidas não farmacológicas para redução das curvas de incidência e prevalência da Covid-19. Dentre essas medidas, destaca-se a higiene e desinfecção das mãos; a etiqueta respiratória e o uso de máscaras; o isolamento social enfatizado pela premissa “fique em casa”; o distanciamento social que orienta pelo menos 1 metro de distância entre as pessoas quando a comunicação ou permanência forem imprescindíveis; além da categorização e suspensão temporária dos serviços não essenciais. Mas, da parte dos gestores políticos, as ênfases variadas, as comunicações divergentes, muitas vezes contrariando as recomendações da OMS e evidências científicas, contribuíram para uma multiplicidade de compreensões pelas comunidades sobre os riscos, os mecanismos de transmissão, o adoecimento e tratamentos da Covid-19. Tudo isto, implicando no modo como a pandemia vem se

estendendo e se agravando ao longo do tempo, perpetuando uma roda viva em que a situação de saúde atinge negativamente a situação econômica e vice-versa.

Essa fragilidade na governabilidade da crise sanitária contribui para o aprofundamento das desigualdades sociais, que impactam na saúde da comunidade, constituindo entraves práticos para o cuidado cotidiano das populações, frente à dificuldade em se conter a disseminação do vírus. Este é um problema demonstrado na nossa observação, mas que acompanha a apuração de várias análises nacionais e internacionais, como o de Waters (2020), Abouk (2020), Scott (2020) e Verani (2020), por exemplo.

Do ponto de vista da prestação da assistência que emprega tecnologias leves-duras e duras pelas definições de Merhy (2002), a OMS recomenda duas condutas distintas para casos distintos. A primeira versa sobre a quarentena domiciliar (confinamento e isolamento pelo período de 14 dias) para casos leves e moderados confirmados por exames laboratoriais, recomendando também a quarentena para os casos com vínculo epidemiológico (todos que tiveram contato no período igual ou menor que 10 dias com os casos confirmados por exames). A segunda conduta versa sobre a assistência hospitalar, a qual mobilizou, no Brasil, os recursos de assistência à saúde de alta complexidade, tanto disponibilizando leitos das enfermarias, de Unidades de Terapia Intensiva e semi-intensivas de hospitais convencionalmente acessíveis nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como no provimento de Hospitais de Campanha e Centros de Triagens Respiratórias (CTR) instalados em caráter de emergência.

Apesar de um variado quadro sintomatológico que caracteriza a Covid-19, foi a partir da prevalência da Síndrome Respiratória Aguda Grave e sua relação com a taxa de letalidade, que esses esforços para a aplicação das tecnologias duras na assistência se justificaram no primeiro momento. No entanto, a partir de abril de 2020, a interiorização dos casos de Covid-19 mostrou-se clara, consolidando o deslocamento tempo/espço da pandemia, que passou a preocupar governos de municípios com menos de 100 mil habitantes devido às dificuldades para se realizar a prevenção, a assistência e o encaminhamento dos casos mais graves.

Essas dificuldades se vincularam à exclusão das ações da APS no enfrentamento à pandemia desde o seu início, somado à insuficiência de

políticas e logísticas de apoio e segurança para os trabalhadores da saúde que atuam nessas frentes. Em diversas localidades, muitos trabalhadores da saúde foram afastados, ou por estarem contaminados ou por constituírem grupo de maior risco de complicações e mortalidade para Covid-19. Além disso, o isolamento social como ética do cuidado se estabeleceu, desafiando a vocação de proximidade desse campo da assistência, e tudo isso se desdobrou em certa paralisia inicial da APS.

Neste contexto de priorização de investimento em serviços de “alta complexidade” e de defasagem na atuação da APS, constituiu-se um problema significativo na medida em que outros cuidados quebraram sua continuidade, especialmente aqueles direcionados a pacientes com condições crônicas, ou grupos mais vulneráveis do ponto de vista ético e sociodemográficos, ou ainda, aqueles que por acaso tivessem se recuperado da Covid-19, retornando a um ambiente (território) com pouca capacidade de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em meio a esta realidade de grandes desafios, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, campus Macaé (UFRJ-Macaé), organizou um Grupo de Trabalho para o enfrentamento à Covid-19 (GT COVID-19 da UFRJ/Macaé), que abriga e coordena um projeto de pesquisa para o enfrentamento à pandemia na Região Norte Fluminense e Baixada Litorânea, além de várias frentes de atuação direta nos municípios. Uma delas é a frente de “apoio às equipes de saúde nos territórios do cuidado”, fundamentada nas práticas de EPS, e que se organizou no apoio às equipes da linha de frente da APS e outras equipes da RAS.

O lugar: Quissamã e a experiência da pandemia

No contexto do GT COVID-19 e através do sub GT de apoio, o município de Quissamã é o microcosmo da nossa experiência, e um panorama geral do lugar pode nos ajudar a compreender dinâmicas próprias vinculadas a seus processos históricos, demográficos e sociais, que serão determinantes para entender melhor o impacto na chegada do coronavírus no território e as particularidades nas respostas locais à pandemia.

Assim sendo, trata-se de um município localizado na mesorregião Norte Fluminense, que politicamente pertence às freguesias maiores como Campos dos

Goytacazes e Macaé. Se emancipou em 1988, quando reorganizou sua economia de inserção histórica nos engenhos de açúcar, para coleta de Royalties do petróleo e, mais recentemente, diversificou sua capacidade agrícola e do ecoturismo (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [ATLASBR], 2021).

De acordo com a pesquisa IBGE de 2010, Quissamã apresenta uma população de 20.242 habitantes, sendo 64,2% urbana e 35,8% rural, além de abrigar um remanescente quilombo. Possui 100% de cobertura de saneamento, oferta de água tratada, coleta, reciclagem e tratamento dos resíduos sólidos. A renda média fica em torno de 2,8 salários mínimos, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 98,5% e o IDH é de 0,70, referindo um bom padrão de desenvolvimento humano. Quanto aos serviços de saúde, possui uma cobertura de 100% da ESF, com 9 equipes em 10 unidades, mais um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga); centro de especialidades (oferecendo 26 especialidades médicas); Centro de Atenção Psicossocial e ambulatório de saúde mental; um pronto atendimento; um hospital com 82 leitos, incluindo leitos de psiquiatria, e unidade de terapia intensiva (UTI). Para enfrentar a pandemia a gestão municipal ajustou a organização dos serviços existentes para reduzir o risco de transmissão da doença, com a implantação de um CTR e um hospital de campanha com 10 leitos de suporte ventilatório e 10 leitos de UTI, até a reestruturação física do hospital geral para absorver os leitos COVID-19.

O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em Quissamã em 18 de março de 2020 (Quissamã, 2020) e o primeiro óbito ocorreu no dia 21 de maio do mesmo ano. Até o encerramento dos ciclos de EPS, em setembro de 2020, foram confirmados 1141 casos, 40 óbitos (UFRJ-Macaé, 2021). A centralização inicial da assistência aos casos suspeitos de Covid-19, e a redução dos horários de funcionamento nas unidades básicas de saúde resultaram na restrição do acesso aos serviços pelos casos que não apresentassem os sintomas causados pelos SARS-CoV-2. Pessoas que frequentavam as unidades para realização de cuidados preventivos, tratamentos, reabilitação, curativos, vacinação e demais procedimentos ficaram sem perspectiva de retomada da rotina de cuidado. Este é o caso também das pessoas com as condições crônicas mais prevalentes como hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer, além da assistência às pessoas

nos ciclos de vida específicos, como gestantes, puericultura, idosos e crianças até 2 anos de idade.

Pode-se dizer também que esse movimento centralizado da assistência, definido pela demanda específica da Covid-19, enfraqueceu a capacidade na produção de cuidado a partir das dinâmicas próprias dos territórios. Além disso, reforçou os aspectos objetivos e subjetivos de usuários e das equipes implicadas nesses processos de trabalho; como a ideia das unidades de saúde como espaços “contaminantes”, e o medo de se contaminarem e propagarem o vírus entre familiares e amigos a partir desses espaços.

Com a subtração da APS do conjunto de estratégias de enfrentamento à pandemia, os problemas de saúde se acumulavam na nova realidade. Junto a isto, o medo como agenciador das decisões em saúde, criaram uma lacuna na assistência, especialmente grave para os municípios menores, que como Quissamã tem a primazia da organização da assistência a partir da APS. Isto, retardou um plano que pudesse garantir a continuidade do cuidado das condições crônicas, e o enfrentamento à pandemia no que diz respeito ao controle do contágio, o tratamento, o monitoramento, e a recuperação de pessoas contaminadas.

No segundo momento, essas dificuldades passaram a ser reconhecidas, e os esforços voltaram-se para a retomada das atividades na APS, buscando incorporar protocolos que, no campo prático e simbólico, forjassem a noção coletiva de que o cuidado poderia ser seguro. Contudo, surgiram novas questões, sobretudo, na dificuldade de equacionar o risco real de contaminação, o distanciamento social como medida protetiva contra a COVID-19 e a cultura do cuidado de proximidade e territorializado. Neste cenário, a questão iminente se faz acerca de: “como produzir cuidado sob o imperativo indiscutível do distanciamento social?”. Questão que mobilizou um esforço significativo na EPS e que servirá de fio condutor da presente discussão.

Os caminhos da EPS na pandemia

O trabalho de campo no SubGT Quissamã foi apoiado nas premissas teórico-metodológicas da pesquisa exploratória de abordagem cartográfica, e

no próprio repertório da micropolítica do cuidado e da Educação Permanente em Saúde, especialmente com a leitura dos clássicos Deleuze e Guattari; Rolnik (2016); Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006); Merhy e Feuerwerker (2011) e Chagas e Franco (2018), além de Christine Hine (2004; 2005), Donna Haraway (2009) e Augé (1994) para validar o espaço online, como um espaço da experiência e do fato social, minimizando qualquer eventual crítica ou invalidação dos nossos processos distanciados, flagrante exceção na tradição da EPS.

Com isto, nos orientamos sob o mote das metodologias ativas e da ação coletiva como dispositivo da mudança nos processos de trabalho, reconhecendo a categoria “saúde” como ordenadora dos conhecimentos do trabalho em saúde em seu aspecto vivo e relacional. Assim, apostamos na exposição de incômodos e dilemas do “fazer saúde”, “prestar assistência”, “do cuidar”, bem como nas suas problematizações, e esse foi o ponto de partida para os processos pedagógicos, até a teorização e o esquema sintético dos limites e potencialidades que pudessem instrumentalizar a reconfiguração de realidades para superação ou minimização dos problemas que fragilizam ou paralisam o trabalho vivo em saúde, na APS, durante a pandemia.

A abordagem ou princípios da cartografia constituíram uma escolha por aspirar de cada ator a capacidade de implicar-se na experiência, suspendendo a suposta neutralidade. De modo que fosse potencializada a narrativa livre, dando voz aos afetos, na maneira como emergem do trabalho cotidiano em saúde e na EPS. Nesse percurso, foram considerados a variabilidade de gestos, ditos e não ditos, materiais produzidos e todo o conjunto de expressões emitidas durante os encontros, capazes de atribuir elementos/sentidos para a experiência, incorporando múltiplos olhares dos diferentes atores.

Em termos práticos, e devido às restrições sanitárias, nossos encontros foram realizados virtualmente de forma síncrona, pela plataforma Google Meet®, entre os meses de abril e setembro de 2020, totalizando 19 encontros. Os primeiros encontros foram realizados de forma mais ampliada, contando, além das equipes da rede básica, trabalhadores do NASE, das ESF, do hospital, do CTR, da Vigilância Epidemiológica, representantes da gestão em saúde do município de Quissamã, além dos professores e pesquisadores da universidade, entre outros participantes ocasionais. Chamamos esta fase inicial de “primeiro momento de EPS”.

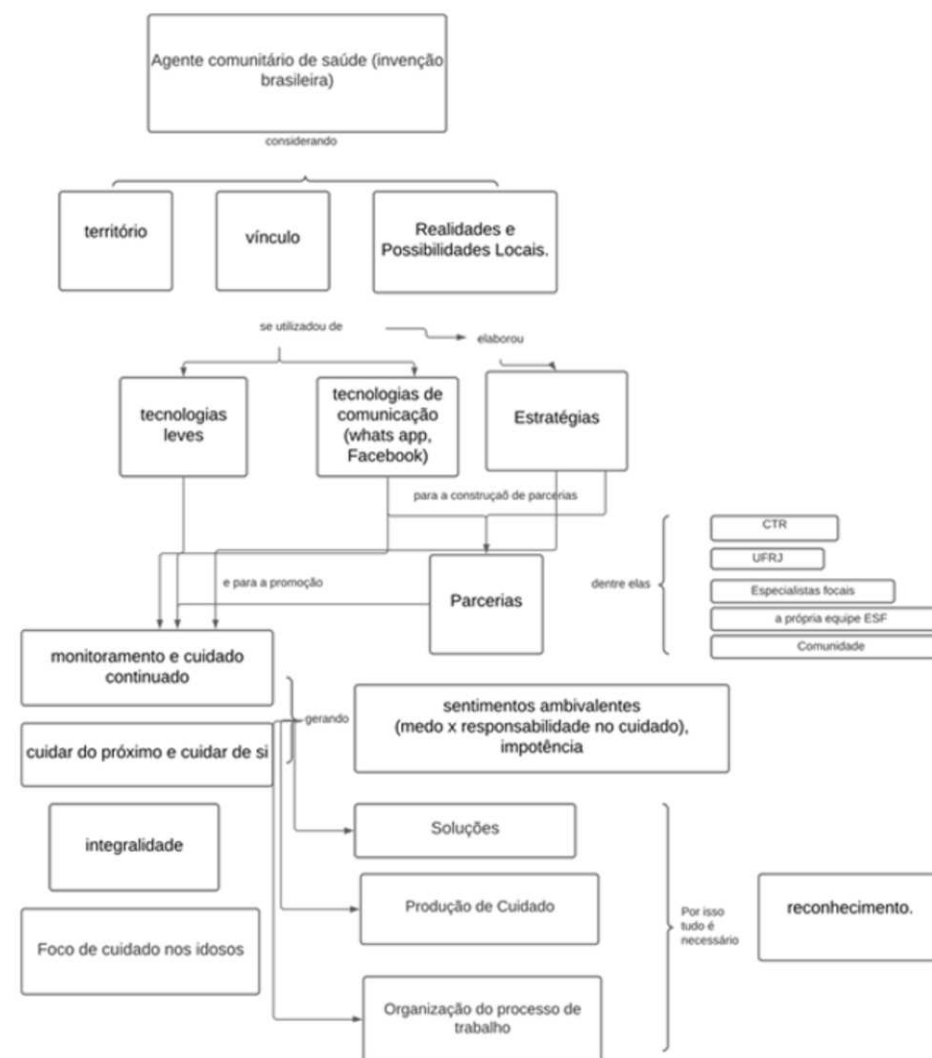
Encaminhou-se a seguir um ciclo, que chamamos de “segundo momento de EPS”, onde realizamos os encontros junto a 45 ACS, totalizando um ciclo de 04 oficinas. Neste momento, as oficinas foram organizadas por grupos, de acordo com as especificidades de cada equipe e as semelhanças entre elas. Foram consideradas as características geográficas, demográficas, perfil de usuários e do território, especialmente as características definidas pela localização rural ou urbana, a saber: Grupo 1: ESF Santa Catarina, Alto Grande e Machadinho (rural); Grupo 2: ESF Morro Alto, Matias, Carmo e Barra do Furado (rural/urbana); Grupo 3: ESF Centro e Caxias (Urbana).

As conduções e facilitações da EPS se produziram a partir das partilhas e do reconhecimento de demandas coletivas e particulares nos processos de saúde comunitária. Os professores-pesquisadores, as coordenadoras das Unidades de Saúde da Família (USF), e representantes da gestão em saúde participaram de todas as oficinas, em ambos os momentos de EPS.

Os documentos consultados e de suporte para as análises foram o relatório final do subGT Quissamã, as atas das reuniões e oficinas, e os diários de campo cartográficos dos/as autores/as. As sínteses e a análise propriamente ditas, foram realizadas por um grupo de 8 autores-participantes, constituído por 4 docentes da UFRJ-Macaé e 4 profissionais da rede de saúde de Quissamã, sendo 2 da gestão, 1 enfermeira da Estratégia Saúde da Família e 1 ACS.

A dinâmica de processamento do campo para esse capítulo se deu em reuniões por videoconferência para compartilhamento da experiência acumulada, em que foram selecionadas palavras-chaves para a construção de um mapa conceitual, que permitiu qualificar a síntese a partir de diversas visões, na multiplicidade interdisciplinar, interprofissional e interinstitucional, característica desse grupo de EPS.

Figura 1. Mapa conceitual:



O medo de cuidar: APS e ACS como capital do cuidado na pandemia

Os momentos de EPS são subsequentes entre si, obedecendo certa lógica e, podendo assim dizer que o primeiro pavimenta o caminho do segundo numa relação de relativa interdependência, a partir das primeiras problematizações. Assim, é importante descrever cada um deles, para fins de oferecer quadro mais completo dos processos e do percurso até o ACS como elemento de análise.

O “primeiro momento da EPS” mobilizou angústias e apreensões dos trabalhadores, frente aos limites concretos vivenciados nos serviços durante a pandemia; como a falta de pessoal, a falta de treinamento adequado para o recebimento de casos de Covid-19, ou o represamento do fluxo em rede para demandas crônicas e outras não Covid-19, além do conflito entre a agenda programada e espontânea na APS na retomada de suas atividades. Contudo, durante os debates construiu-se o consenso que quase todos esses problemas já eram conhecidos e experimentados nos tempos pré pandemia. O que de fato emergia era a agudização desses problemas, e como novidade, o medo de ser contaminado por um vírus que estava causando alta mortalidade. Este medo estava profuso na crise sanitária, e na frágil governabilidade da pandemia que repercutiu no nível local, impondo às equipes uma profunda insegurança para o trabalho; desde dificuldade para estabelecer protocolos, acessar equipamentos de proteção, até o modo de gerenciar o cuidado frente a tantas informações conflitantes entre os indivíduos da comunidade.

Ressaltamos o modo como o sentimento de medo foi dilatado pela ideia repentina da construção de um fluxo especial para pacientes sintomáticos respiratórios na APS. Muitas dúvidas e ansiedades foram expressas, especialmente sobre a incógnita de quem seria assintomático e colocaria em risco os demais pacientes e trabalhadores; como ofertar esse fluxo sem a estrutura adequada; como operar esse tipo de trabalho na APS sem a testagem em massa; e como combater a estigmatização de pessoas confirmadas com Covid-19, dentre outras questões semelhantes.

Os debates subsequentes foram tomados por essas questões, a comoção e o compartilhamento das experiências e realidades foram construindo um lugar de reconhecimento dos limites e potencialidades da RAS local, que culminou na

sugestão de um espaço para pactuar com a vigilância em saúde, as especialidades médicas e a gestão, que acatada sem maiores divergências, indicou o quão urgente era um espaço de diálogo entre esses distintos pontos da assistência.

O medo como o afeto relacionado à paralisia da assistência primária em saúde e dos serviços de especialidades médicas, constituíram problema relevante e foi pedindo passagem durante a EPS. Nosso exercício foi processá-lo coletivamente, buscando compartilhar as inseguranças, desvendando suas dimensões públicas e privadas, os aspectos comuns e particulares, e de que maneira os sujeitos eram afetados, bem como, a repercussão sobre o cuidado. Assim, foi importante reconhecer o medo como parte da experiência do trabalho em saúde no contexto da pandemia, mas também, dimensioná-lo corretamente, distinguindo no mesmo percurso, a potencialidade nesses trabalhadores, especialmente, para lidar com perigos biológicos, para proteger a comunidade e se protegerem, e para delimitar as possibilidades seguras do cuidado.

As falas que seguiram trouxeram uma recuperação de sentido para o trabalhador da saúde em relação à sua competência biomédica, independente da frente de atuação na pandemia. Recuperamos a ideia de que sobre este trabalhador se deposita a expectativa do gerenciamento dos riscos biológicos, dada sua capacidade de abstração microscópica, treinamento e as técnicas que ele domina.

No percurso deste debate, pudemos observar o processamento de uma síntese primária da EPS, que coletivamente foi assentando a compreensão de que da parte dos trabalhadores da APS, a paralisia não se tratava de fuga ou incompetência para atuar no cenário específico da pandemia. Suscitou, ao contrário disto, que eles eram capazes, que para isso haviam estudado e se preparado, algo que também foi se reafirmando no coletivo, recuperando a força e a identidade de grupo.

Desse modo, a partir dessas reflexões, os caminhos da EPS permitiram acionar outros sentidos de importância para APS no enfrentamento à pandemia. Com destaque para sua capacidade de vínculo e sua atuação de proximidade no território, que configuram seu potencial para prevenção e promoção da saúde, mas também para consequência terapêutica e continuidade do cuidado. Neste ponto da caminhada, aquilo que parecia ser o problema (as características de proximidade) foi se transformando em virtude também no contexto da pandemia.

A esse respeito, salientamos a força do relato acerca de pacientes/usuários que retornavam do CTR com a medicação e as orientações do tratamento em mãos, e que recorriam ao apoio e aval das equipes da ESF no território para seguirem a conduta estabelecida pelo centro de triagem, indicando o aproveitamento orgânico das qualidades da APS no ambiente da Covid-19, ofertando para nós em EPS, a percepção segura do vínculo e um meio por onde fomos ancorando as análises dessa experiência.

Na sequência dos eventos a figura do ACS foi acionada com especial centralidade nos debates, dado seu papel fundamental no asseguramento dessas qualidades enunciadas para a APS. O acúmulo do debate até esse ponto, portanto, conduziu-nos ao que chamamos “segundo momento da EPS”, agora mais específico em torno do novo problema enunciado: “o retorno dos ACS para as rotinas de trabalho da ESF”.

Estava cada vez mais clara a indispensabilidade do trabalho em saúde constituído a nível do território para contenção da transmissão do SARS-Cov-2, compreendendo que a “linha de frente” não deveria ser limitada ao nível terciário de atenção à saúde. Contudo, desafios de ordem prática e que envolvem os ACS, se colocam para essa retomada mais vigorosa da APS, visto que muitos deles estavam afastados por pertencerem a grupos de risco para COVID-19, e outros submetidos aos rodízios estabelecidos para reduzir a exposição ao novo coronavírus, sendo que ambas as situações comprometeram a capacidade da ESF, gerando angústia nas equipes, especialmente diante da acumulação do trabalho e da sobrecarga dos trabalhadores.

Perceber, no processo de EPS, como a falta do ACS afeta a Atenção Primária, permitiu entendê-lo como potente nesta frente do trabalho em saúde e no enfrentamento à pandemia no âmbito do território. Assim, a contribuição deles no segundo momento de EPS ofereceu subsídios para repensar e projetar a assistência no atual contexto sanitário, atualizando seu próprio trabalho como importante capital social do cuidado, a medida em que ele tem e é o material da negociação, o elo da relação e domina a linguagem da comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde no contexto da pandemia, inovação e o cuidado criativo

No segundo momento de EPS foram mobilizadas uma série de questões em torno do papel dos ACS durante a pandemia; com muito interesse por seu cotidiano de trabalho, os medos, os limites concretos e as possibilidades de efetivamente cuidar. Esses assuntos localizaram o ACS nos processos da APS e retomaram a questão disparadora: Como produzir cuidado no território no imperativo do distanciamento social?

O primeiro grupo relacionou a pandemia de Covid-19 a outras situações recentes de surtos ou epidemias de doenças transmissíveis, como o vírus influenza A - subtipo H1N1 e a febre amarela, com as quais já tiveram experiência, ressaltando como o aumento do número de casos dessas doenças impactou diretamente suas tarefas e o trabalho diário, como por exemplo; a redução das visitas domiciliares, indicando a expertise como uma potência para o desafio atual frente à Covid-19.

Contudo, os desafios na pandemia são muitos, e os ACS destacaram o enfrentamento da altíssima mortalidade e o medo da contaminação de si próprios e de familiares. Segundo eles, o medo era reforçado através dos informativos intermitentes sobre a pandemia em noticiários de TV e mídias em geral. Naquela altura dos acontecimentos fora um dos motivos da redução pela procura das unidades da ESF por seus usuários, materializando um cenário de pânico coletivo. O medo de frequentar a unidade básica e de entrar em contato com outras pessoas capturou usuários e profissionais de saúde de tal forma que se observou atraso no cumprimento do calendário vacinal de algumas pessoas, constituindo um problema para algumas equipes.

Os ACS também citaram a conciliação da agenda programada com a demanda espontânea como um desafio. Reafirmaram que apesar de ser um problema recorrente, ele se aprofundou com a retomada das atividades da ESF na pandemia. Segundo os relatos, houve represamento dos fluxos de atendimentos e redução da capacidade de continuidade, do exercício da longitudinalidade e do matriciamento do cuidado. Uma experiência que pode exemplificar essa situação foi o caso de um paciente com câncer de próstata em fase de tratamento que, diante da estagnação da rede, demandou

excepcional mobilização de ACS e de toda equipe da ESF para realizar seus exames e consultas. Casos como este chamam a atenção para a fragilidade do trabalho em rede naquele momento e, ao mesmo tempo, para um esforço a partir da APS para “fazer a rede funcionar”.

O negacionismo científico da pandemia também afetou o trabalho dos ACS. Eles destacaram como a visão da pandemia disseminada na comunidade e conflitante com as recomendações de saúde atrapalharam as atividades mais elementares em campo durante a pandemia. Foi relatado que alguns espaços de convivência social e religiosa dentro das comunidades estavam interferindo negativamente ao encorajar e promover comportamentos sociais de risco, negando as recomendações científicas sobre prevenção da Covid-19. Para combater informações falsas e promover a circulação das informações verdadeiras e úteis na prevenção da contaminação, foi necessário resiliência e criatividade. A divulgação de esclarecimentos foi feita através de sites institucionais, materiais informativos, aproximação com estabelecimentos e instituições da comunidade e muito diálogo, especialmente nas redes sociais, corroborando para a produção de um canal seguro e confiável entre o serviço de saúde e a comunidade.

Além do negacionismo e das confusões conceituais da pandemia, as informações descoordenadas também constituíram um desafio nas comunidades aqui referidas. A exemplo, o caso de uma rádio local que fez a divulgação de informações para a comunidade sobre um caso positivo para Covid-19 na área, o que gerou certo pânico e inúmeras ligações e buscas na USF para saber de quem se tratava, num fluxo bastante estigmatizante, ainda no início da pandemia.

Medo, confusão e negação foram os afetos que qualificaram nossa discussão inicial com os ACS. Mas saídas foram encontradas para a manutenção do cuidado; o aumento da informação diante do negacionismo e a mobilização e ativação das redes de atenção à saúde são alguns exemplos.

Abrindo-se para essa perspectiva criativa, outros casos foram compartilhados, possibilitando a apreciação das alternativas e esforços para “fazer funcionar” a assistência na APS. Destacamos a experiência de cuidado com a utilização de telefone e ou Whatsapp®, servindo para as orientações preventivas sobre o coronavírus, o monitoramento e a avaliação da evolução do quadro após a confirmação da doença COVID-19, por exemplo.

Diversas vezes o uso da tecnologia foi mencionado como ferramenta de cuidado, com a qual os ACS relatam êxito nas circunstâncias da pandemia, seja no acompanhamento dos casos que retornam do CTR, ou no acompanhamento usual da população, e especialmente a que reside na zona rural, donde nos informam que o uso do Whatsapp® já era uma realidade, mas que se intensificou na pandemia.

Os ACS relataram experimentar constantemente essa mediação tecnológica de muitas formas, e não apenas para os casos COVID-19 ou sobre a pandemia de COVID-19. Os ACS relataram que, às vezes, na dúvida sobre como usar um medicamento, o usuário do serviço enviava uma foto da receita e o trabalhador da saúde tinha a possibilidade de prontamente esclarecer a dúvida por áudio ou por imagem. Foi uma constatação geral que esses mecanismos poupavam tanto os usuários quanto os ACS da circulação perigosa pelo território em tempos de pandemia.

Segundo os ACS, constantemente chegavam solicitações tais como: atualização de receitas, orientações para realização de curativo por meio do uso da imagem, áudio e vídeo; e orientações para outros cuidados. Nestes casos, a visita domiciliar limitou-se às situações nas quais não seria possível completar a assistência à distância, seja pela característica do procedimento ofertado, ou por uma demanda específica da pessoa ou do serviço.

Essas experiências demarcaram o papel da APS como coordenadora do cuidado, destacando o ACS, por oportunizar capilaridade e continuidade na assistência. Salta nesta perspectiva, a interface entre a APS e demais pontos da Rede, e de forma importante entre o CTR e a APS, cujo cuidado no território tem sido guiado pelo ACS, especialmente por meio de tecnologias de comunicação, como telefone e Whatsapp®, com seus recursos de mídias, que embora não sejam inteiramente uma novidade, de certo, foram uma novidade nos usos e na intensidade impressa no cuidado em saúde no contexto da pandemia.

A partir desses compartilhamentos e para os debates que seguiram, refletimos com Franco (2015) sobre a construção de saídas para os problemas encontrados no cotidiano, a partir do uso da criatividade e inovação oriunda dos próprios trabalhadores, que diz o seguinte:

É no encontro entre trabalhador e usuário, no “campo de consistência” que se forma entre eles, que o trabalho se abre para possibilidades de ação não esperadas ou previstas. O cuidado que resulta do encontro se forma a partir de um conjunto de atos assistenciais, que são fruto dos atos de criação do trabalhador e do próprio usuário (p. 103).

Os desafios mencionados no cotidiano do trabalho em saúde encaminham ACS e comunidade ao exercício da liberdade e da inventividade, promovendo ações de cuidado de proximidade, sem, no entanto, aumentar o risco de contaminação pelo SARS-Cov-2. Neste sentido, as tecnologias da informação e comunicação e seus recursos de mídia foram fundamentais para manter a proximidade, o vínculo com os usuários e para acompanhar as dinâmicas do território.

O processamento das experiências partilhadas na EPS, nos deram cada vez mais consciência dos limites reais e dos perigos que atravessam o cuidado por ocasião da pandemia, possibilitando reconhecer os afetos produzidos - medo, confusão, estigmatização, negação -, em prejuízo das ações em saúde. Mas também, visibilizou como este cenário contribuiu com as inovações que permitiram continuar cuidando, a despeito da aparente paralisação total que nos sugere o primeiro momento de EPS. Sobre esta inovação e criação nos apoiamos nas formulações de Franco (2015) que afirma:

O ato de criação será, portanto, o efeito de uma ruptura, deslocamento, no plano das subjetividades presentes na produção do cuidado, sendo estas a expressão dos trabalhadores e dos usuários. (...) O “ato de criação” no processo de trabalho é viável desde que este esteja livre de constrangimentos e interdições causados por força dos afetos (pp. 106 e 111).

Sem dúvida, se por um lado, o medo como afeto produziu afastamento e paralisia, por outro lado, ele criou as pontes necessárias para a continuidade do cuidado, constituindo, ao modo de Franco (2015), um deslocamento na subjetividade, que incorpora outros sentidos para a mesma experiência. Foi bastante rico perceber esses processos de significação no coletivo da EPS.

Por vezes, durante a verbalização de determinada experiência, o ACS imprimia outra expressão na face, às vezes sorrindo, às vezes se surpreendendo, inusitadamente com algo que era intrínseco produto da sua ação. O processo de EPS foi constituindo essa consciência de si e para o coletivo, de forma muito relevante, na maneira como fortaleciam a si e ao grupo ao inventar competências para seguir guiando o cuidado.

A facilitação da EPS, diante dessas experiências, aciona a filosofia de Spinoza (1966) para corroborar com a ideia de que o indivíduo em liberdade, potente, seria aquele capaz de identificar os afetos tristes e produzir saídas, linhas de fuga, mobilizando paixões alegres por meio da inovação e criatividade.

Contudo, a premissa spinoziana (1966) e as formulações de Franco (2015) não podem ser universalizadas na nossa experiência, quando do acionamento de tecnologias de comunicação, sendo fundamental considerar os limites estabelecidos, também para esse recurso, no difícil percurso de retomada dos serviços de saúde comunitária. E os ACS alertam para isso, compartilhando suas percepções e observações em relação aos idosos da comunidade, como caso que não se acomoda de forma simples na matriz do cuidado mediado por tecnologia, e que foram muito afetados pelo isolamento social durante a pandemia, exigindo pensar outras saídas.

De acordo com os ACS, a maioria dos idosos que eles atendem ficaram sozinhos no início da pandemia e deixaram de realizar suas atividades comunitárias, como as do programa do idoso e do cotidiano fora de casa, que na percepção desses trabalhadores, são um componente de distração e ocupação do corpo e da mente. Na zona rural, as observações são ainda mais enfáticas, dado o isolamento mais estrito. Explica-se também, que esse grupo foi muito mais afetado pelo noticiário da alta mortalidade por Covid-19, depurando nos idosos, o medo de morrerem sozinhos, o que paradoxalmente os estimulou a saírem de casa em plena pandemia. Ou pelo menos, esta foi a forma como os ACS traduziram esse tipo de comportamento.

Um caso emblemático a esse respeito reportou um encontro no centro da cidade entre uma ACS e um idoso que reside na zona rural, enquanto este aguardava na fila do banco para fazer pagamentos. O ACS alegou que não havia ninguém para realizar a tarefa para o idoso, e que ele não conseguia

usar aplicativos, mas que estava seguro usando máscara e álcool em gel 70%. Para a ACS essa conduta que nega ou não busca ajuda emula uma estratégia para sair um pouco do confinamento e driblar a ansiedade e a sensação de medo da morte.

Além disso, os ACS relataram que alguns idosos que dominavam e acessavam a tecnologia tendiam a ficar em casa, mas assumiam um comportamento de busca insistente pelos profissionais da ESF, tanto pelo telefone, como pelo Whatsapp®, muitas vezes para repetir e reafirmar coisas já ditas e tratadas. De fato, na nossa experiência, os idosos tiveram pouca adesão ao “fique em casa”, driblando as medidas sanitárias para se desconfinarem, aumentando a procura pelo serviço de saúde em busca de cuidados e apresentando mais queixas ou necessidades que o habitual.

Desse modo, e ainda que o uso de tecnologia incorporado ao cuidado não seja unânime, a facilitação da EPS provocou um exercício de reconhecimento e validação das experiências de incorporação de tecnologia ao cuidado, como artefato relacional, no campo das tecnologias leves, que de acordo com Merhy (2002), podem orientar a oferta de tecnologias leve-duras e duras (marcações de consultas, exames e outros procedimentos), viabilizando o cuidado em múltiplas camadas, destacando que estar próximo em termos relacionais é a primeira e tão importante dimensão do cuidado.

Sobre os idosos, pacientes mais vulneráveis e os que detinham alguma dificuldade com o manejo das redes sociais, os ACS mencionaram como estratégia importante a mobilização de vizinhos e amigos, como cuidadores de referência, constituindo uma rede ou extensão cuidadora da ESF, especialmente na zona rural, despontando, a solidariedade como mais uma importante qualidade da saúde comunitária. Desse modo, encontrou-se mais um caminho para seguir guiando o cuidado no distanciamento social, uma vez que o vizinho de referência pode fazer as comunicações entre o idoso e o mundo exterior, e mesmo à distância segura, ele pode observar se tudo corre bem, além de criar um fluxo relacional que enfrenta a solidão.

Outra especificidade nas experiências dos ACS requereu lidar com a diversidade inerente aos serviços de saúde, mas em especial, aquelas determinadas pela presença de um acampamento cigano fixado no território do cuidado

em questão. De acordo com os ACS o acampamento é uma microsociedade representada por cerca de 100 pessoas, homens e mulheres de todas as faixas etárias, do recém-nascido ao idoso, com muitos desafios para a produção de cuidado durante a pandemia, haja vista a natureza aglomerada das suas moradias e os hábitos e costumes divergente das recomendações para prevenção da Covid-19, como, por exemplo, o compartilhamento de objetos, determinando uma situação de muita vulnerabilidade e risco para a contaminação pelo novo coronavírus, além de demandarem cuidado para outras comorbidades.

Um ACS relatou que, em certa ocasião, o pessoal do acampamento queria álcool e cloro para passarem nas barracas, “lona a lona”. Ele ponderou que receber esse pedido desesperado diante dos casos de Covid-19, já confirmados naquela comunidade, foi uma excelente oportunidade para explicar sobre a higiene das mãos, uso de máscaras, o compartilhamento de utensílios, além de pensar junto com eles as saídas para aquela situação de perigo. A aproximação feita por essa situação disparadora facilitou a introdução de uma conversa sobre as recomendações de controle da contaminação, como distanciamento, que por certo, atravessaram fundamentalmente a cultura dessa população. O mesmo para os padrões e procedimentos de higiene habituais e possíveis, que como relatado, nem sempre convergiam com as recomendações constantes na pandemia, mas que ganhavam um outro lastro de compreensão naquele momento por parte dos membros da comunidade, e sem dúvida, de todos os envolvidos no cuidado. Para apoiar a compreensão e sedimentação desses eventos pelo grupo de EPS, utilizamos do conceito de competência cultural, entendendo-o por “atitudes e habilidades de comunicação e de relação de trabalho, que permite reconhecer as diferenças culturais para promover uma troca verdadeira entre trabalhadores, indivíduos e comunidades” (Knaut et al., 2013).

Esta abordagem complexa da competência cultural no manejo dos cuidados de higiene no acampamento cigano é marco da nossa experiência que reconhece especificidades em cada sujeito e grupo social, delatando que a educação em saúde voltada para a produção do cuidado em qualquer tempo, especialmente em tempos de pandemia, necessita deste olhar e perspectiva. Neste contexto, não se pode esperar que os ciganos modifiquem o estilo das acomodações, de

produção coletiva das refeições e de compartilhamentos de objetos, da mesma forma e tempo que em outros arranjos comunitários. Mas sim, que a ação em saúde neste contexto pode e deve definir e qualificar o trabalho em saúde, como o fundamental e vigoroso compartilhamento de informações, saberes médicos e populares (não hierarquizados) e de tomada de decisões sobre como podem e devem se proteger. A fundação de uma relação de permuta cultural deve estar baseada na relação intercultural, na compreensão de motivações culturais; na produção do cuidado, mas também na produção da autonomia, respeitando as liberdades individuais e coletivas, seus saberes e tradições.

Desafios adicionais foram citados na experiência, como a realocação de uma USF em favorecimento da instalação do CTR, bem como de novo fluxo municipal para atendimento aos casos suspeitos de Covid-19. Citaram ainda, o relaxamento dos cuidados de prevenção por parte dos usuários e, quiçá, dos profissionais, já que esses e a comunidade passaram a ter melhor entendimento e domínio das técnicas de prevenção, que os deslocou da paralisia e estagnação para a ação de cuidar, mas concomitantemente parece ter se instalado uma “Ars” de normalidade e costume, que banalizou os riscos de contaminação e adoecimento. Junto a isto, a flexibilização no comércio e serviços veio apenas para piorar certa sensação de normalidade e de que o perigo passou.

Este comportamento de “normalidade” se contrapõe o tempo todo à tentativa de manutenção de práticas seguras dentro da unidade de saúde, gerando uma clara contradição na rotina das pessoas. Outra contradição relatada foi a necessidade de cumprimento de metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, na recuperação de “evadidos”, e para a atualização das vacinas em um único dia (Dia D - setembro de 2020). Alguns ACS consideraram que isso provocaria mais aglomeração e risco de contaminação.

Essa é a síntese dos produtos da EPS realizada com os ACS do município de Quissamã que aponta as dificuldades mais relevantes para processar o cuidado em saúde no contexto do distanciamento e do isolamento social, mas também com algumas pistas sobre as potencialidades, criatividade e inovações para o cuidado.

Quadro 1. Síntese do processo de EPS Quissamã - principais desafios e estratégias para o cuidado em saúde no contexto da pandemia de COVID-19.

DESAFIOS / PROBLEMAS	ESTRATÉGIA / POTENCIALIDADES
Governabilidade frágil da crise sanitária - informações divergentes entre as recomendações internacionais e os entes da gestão interfederativa, problemas logísticos especialmente EPI.	Reconhecimento das dinâmicas do território em relação à pandemia, produção de informativos, teleatendimento para os casos Covid-19 e apoio por meio de comunicação mediada por tecnologia, especialmente Whatsapp®.
Profissionais com medo de contaminação de si e dos familiares	Primeiro momento de EPS e reconhecimento da expertise para lidar com surtos e epidemias, expertise da APS no cuidado de proximidade e longitudinal, expertise do ACS nas negociações com a comunidade.
População com medo de frequentar a USF	Informação sobre disseminação e transmissão do coronavírus.
Conciliação da agenda programada e a espontânea	Ordenamento para as prioridades, teleatendimento dos casos Covid-19, uso de comunicação mediada por tecnologia, especialmente Whatsapp®.
Negacionismo científico da pandemia	Produção de informativos, aproximação com instituições e estabelecimentos do território para esclarecer sobre o combate à pandemia.
Idosos fora da matriz do cuidado mediado por tecnologia de comunicação	Estabelecimento do vizinho ou amigo de referência do cuidado, prioridade na visita domiciliar.
Apoio para os indivíduos no acampamento cigano	Competência cultural, educação em saúde, autonomia para o cuidado, promoção e prevenção em saúde.
Campanhas e ações do MS que contribuíram para a aglomeração (ex. Dia D - vacinação)	Visitas/ações domiciliares, organização por horário, idade e gênero - estratégias para reduzir a aglomeração.
Relaxamento dos cuidados no decorrer dos meses de pandemia	Revisão e atualização dos protocolos e procedimentos, educação em saúde, Educação Continuada em Saúde e Educação Permanente em Saúde.

Fonte: elaboração própria.

Nossa experiência de EPS parte do cenário da crise sanitária da pandemia de Covid-19, que se desdobra em múltiplas camadas, configurando não apenas uma crise de saúde, mas também uma crise econômica e social bastante grave, o que chamamos aqui de Crises na crise, e que tem importância na nossa análise, ao passo que estrutura uma realidade social determinante em saúde ou que impacta na saúde das comunidades, seja pelas vulnerabilidades advindas desses processos ou pela maneira com que influencia e determina o trabalho em saúde e o modelo da assistência prestada.

Nesse sentido, discutir a presente EPS é refletir a partir dos problemas da comunidade e do setor saúde, reconhecendo os pontos frágeis no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Mas especialmente, é um exercício de teorização e visibilização das experiências que driblam estas dificuldades, inovando nas estratégias de cuidado em amplo espectro, para casos Covid-19 e outras tantas condições de saúde além desta.

No início, é importante ressaltar que o medo foi um afeto muito mobilizado e que esteve ligado à paralisia de muitos indivíduos e setores, especialmente de alguns setores da saúde pública, como foi o caso da Atenção Primária em Saúde. Significamos este medo como um afeto primário, *“uma força que vem de fora e atinge a pessoa, alterando sua subjetividade”*, produzindo as afecções que são capazes de submeter a pessoa a um regime de captura, ou servidão, porque não opera a produção da sua vida contando com sua própria vontade” (Franco, 2015; Spinoza, 1966).

Os elementos mais objetivos acerca da má gestão da pandemia como: a falta de planejamento, o desprezo pelas recomendações científicas, a narrativa difusa, ou a falta de uma mensagem oficial de responsabilidade e competências, e mais precisamente a desconsideração do Sistema Único de Saúde em todos os níveis, determinaram o modelo de assistência centralizado na alta complexidade. Em grande medida, fundamentado por uma abordagem exclusiva sobre a variável da sintomatologia respiratória da doença em suas formas graves, mas de certo, desconsiderando o processo saúde doença na sua complexidade.

Não se trata, contudo, de relativizar a importância e imprescindibilidade desses serviços nos casos graves, mas de atentar e contribuir com reflexões para o nosso futuro, acerca da inconsistência dessa aposta desarticulada de outros

pontos e serviços da Rede de Atenção à Saúde. A imprevisibilidade da APS e dos serviços médicos especializados desconsiderou, sobremaneira, as qualidades de promoção, prevenção e cuidado longitudinal e de proximidade, importantes tanto como elemento da linha de combate à pandemia de Covid-19, quanto no guarnecimento de muitas outras situações de saúde.

É inegável, se apreciado por esse ângulo da complexidade dos processos saúde-doença, das necessidades em saúde e das capacidades da assistência, que a APS é peça fundamental no atual cenário epidemiológico, haja vista que sua operação impacta direta e sensivelmente sobre a carga de adoecidos no sistema, incluindo aqueles que podem concorrer com casos Covid-19 pelos leitos hospitalares e os serviços intensivos.

A despriorização da APS teve efeitos na saúde das comunidades, especialmente na gestão local daqueles municípios com menos de 100 mil habitantes e que tendem a organizar a assistência a partir da APS, sobretudo porque se viram desafiados à urgente necessidade de invenção de um novo sistema a partir de CTRs e das Redes Hospitalares, quando a pandemia se deslocou para essas regiões interiores e menos populosas.

Nosso empreendimento em EPS, no pequeno município de Quissamã, no Estado do Rio de Janeiro, se insere nesse contexto de organização dos serviços da Rede na resposta à pandemia, especialmente repensando a atuação da APS diante da necessidade de retomada do trabalho de saúde nos territórios, e de atenção à pessoa e à família.

Assim, as experiências mencionadas neste capítulo podem nos ajudar a reafirmar a assistência em rede como uma virtude do Sistema Único de Saúde em qualquer contexto sanitário, incluindo a emergência de uma pandemia da magnitude da Covid-19. E a APS, destacada aqui pelo trabalho do ACS, parece não apenas apontar para a plena capacidade de promover e prevenir a saúde, como também, de organizar o cuidado nos mais variados fluxos e contrafluxos pela rede, para os casos Covid-19 e não Covid-19.

Sobre isto, e por oportuno, a EPS conseguiu recuperar certos sentidos para a APS e seus trabalhadores. Antes, se imobilizada e descapacitada pela tímida gestão interfederativa da pandemia, no momento da EPS ela se reapropriou da expertise que dispõem para lidar em cenários infecto-contagiosos, como foi com

influenza H1N1, tuberculose e febre amarela, por exemplo. Ainda que a Covid-19 tenha maior magnitude, tratou-se aqui de uma retomada da consciência da capacidade técnica e da experiência, que foi conferindo um deslocamento do sentimento de medo para a segurança de cuidar.

Podemos também afirmar que essa reapropriação das capacidades de cuidar, e esse redimensionamento do medo, é um movimento na direção dos princípios e das competências da APS e dos ACS. Afinal, sem a provisão da APS se fragiliza a capacidade organizativa do sistema de saúde, se perde a capacidade de cuidado de proximidade e territorial, longitudinal, centrado na pessoa e matriciado e do cuidado de múltiplas condições de saúde, especialmente das condições crônicas, bem como do monitoramento dos casos de Covid-19 no território, e a observação dos determinantes sociais de mudanças no padrão de morbidade impactadas pelo cenário no médio prazo. E sem os ACS se perde a capilaridade do sistema de saúde, de modo que, retomar essas consciências no processo coletivo de EPS é reviver uma força, uma paixão positiva no sentido spinoziano, e mobilizar afetos que se conectam com a potência dos trabalhadores, da comunidade e da própria APS enquanto símbolo e bem de direito.

A EPS abriu passagem para outros afetos como competência, coragem, força, e satisfação, e esse novo quadro desdobrou-se na capacidade de organização do setor da APS para responder às adversidades colocadas pela pandemia. Organizou-se informação quando da necessidade de esclarecer sobre a transmissibilidade, formas sintomáticas e assintomáticas da doença, prevenção, tratamentos e fluxos dos serviços disponíveis; e o mesmo para responder ao levante negacionista e ao medo de frequentar a USE.

Tudo isso destaca o valor da APS na experiência de saúde e consagra o ACS como capital do cuidado de proximidade. Nesse sentido, a discussão mais significativa em nosso processo de EPS tem a ver com as qualidades agenciadas e incorporadas por esse trabalhador na prestação de saúde comunitária no contexto da pandemia e no modo como suas inovações e incorporações tecnológicas de comunicação mantiveram preservadas as características e princípios da APS e do próprio trabalho do ACS, despontando como potentes ferramentas do cuidado.

Ainda que anteriormente à pandemia já fizessem uso de redes sociais como o Whatsapp[®], Facebook[®] e Instagram[®], o uso agora direcionado e aprimorado

no trabalho em saúde constituiu uma incorporação que garantiu o cuidado das pessoas e da comunidade em face à máxima do distanciamento social preconizado como medida sanitária de controle do contágio do novo coronavírus.

Podemos refletir essa experiência, estendendo aquilo que Merhy (2002) define como tecnologia leve, a situando no âmbito relacional. Aqui parece que a mesma intersubjetividade e a mesma ordem negociada estão em jogo, só que configuradas num processo de sociabilidade mediada por tecnologia.

Nossos processos em EPS, a esta altura do debate, também foram sinalizando a experiência de uma atualização importante para os limites entendidos entre o real e o virtual. O que são relações verdadeiras nesses marcos da comunicação? O que é o cuidado verdadeiro e como ele é validado?

Primeiro, essas tecnologias digitais não foram incorporadas aleatoriamente, mas na flagrante impossibilidade do contato físico. O ACS, por sua vez, concretiza o grande paradoxo nesse percurso, pois ao mesmo tempo que deve ser um agente do cuidado de continuidade e proximidade; a natureza do seu trabalho o expõe a situações de risco. Nesse sentido, o enfrentamento da realidade determinou naturalmente a inovação e a criatividade, testando soluções para os problemas encontrados diante de um panorama completamente novo e perigoso para a saúde.

A criatividade aspirava dar conta da questão do cuidado, mas também, de outro problema enunciado: a estigmatização a que o ACS estava sujeito pela suspeita de ser um contaminado-transmissor, por conta de seu fluxo entre muitas pessoas da comunidade. Podemos entender essa dinâmica como parte do caminho de validação das incorporações de comunicação mediada por tecnologia ao cuidado comunitário.

A perspectiva inovadora e criativa se acomoda e pode ser lida a partir das premissas da micropolítica no cotidiano do trabalho, de modo que busca superar problemas e entraves que impactam a assistência. Exemplos claros de como a tecnologia reverberou para o cuidado em saúde foram: o caso em que o usuário aprendeu a fazer o próprio curativo a partir de tutorial transmitido por Whatsapp[®]; ou as equipes de saúde da família das áreas rurais, que realizaram contato com profissionais especialistas do Centro de Especialidades, adiantando os encaminhamentos e facilitando o retorno das informações; ou quando

do contato e monitoramento com usuários que estavam em isolamento; ou o suporte às famílias dos usuários internados ou falecidos; a importante e sensível comunicação entre familiares fisicamente distantes; e a própria parceria com a UFRJ e com a gestão, onde o apoio técnico metodológico foi feito por meio de videoconferências. As tecnologias não só facilitaram a informação, como ajudaram no empoderamento dos usuários, na manutenção da relação de confiança e de respeito aos profissionais. O ACS exemplificou este reforço de confiança em um caso em que o usuário o chamou de “doutor”.

Há forte sinalização de que o caminho de validação do cuidado mediado por tecnologia de comunicação se completa, a partir dessas experiências de grande resolutividade dos problemas da comunidade, de acolhimento das pessoas, das demandas, e do atendimento humanizado.

Quadro 2. Sistematização dos principais casos conduzidos e resolvidos por comunicação mediada por tecnologia.

Procedimentos como curativos	Tutoriais usando o recurso de áudio e vídeo do Whatsapp®
Áreas rurais mais distantes	Contato com outros pontos da rede viabilizando encaminhamentos e facilitando retorno de informações, via mensagens de Whatsapp® e print de protocolos
Isolamento domiciliar de paciente confirmado para COVID-19	Teleatendimento, videochamadas, fotos, áudios, textos mensagens e vídeos por Whatsapp®, na prestação da assistência durante o acompanhamento do quadro COVID
Falecimento e internação de familiares e entes queridos	Apoio técnico emocional e de assistência médica generalista, por teleatendimento, e videochamada via Whatsapp®
Famíliares distantes fisicamente, especialmente idosos da zona rural	Intermediário entre familiares, por fotos, áudios, mensagens via Whatsapp®
Reorganização do serviço	Apoio técnico e metodologia da universidade por encontros remotos em aplicativos de reuniões

Fonte: Elaboração própria

A presença virtual via Whatsapp®, não se opôs à presença “real”, e a presença virtual pôde ser vivida com efeito sobre o corpo e os problemas reais. Neste caso, as fronteiras entre real e virtual se apresentaram confluídas, onde a experiência de encontro mediada por tecnologias se produziram num registro material e subjetivo das interações. Assim, real e virtual como categorias opostas e estanques parecem perder o sentido, conforme o ACS se aproxima da comunidade, produzindo os corpos em trânsito, as compreensões sobre os cenários em que estão imersos e o cuidado em última instância.

Toda esta experiência pode ser incorporada também em observações mais amplas da sociologia, ou seja, alguns autores têm discutido este deslocamento compreensivo para as categorias real e virtual, e para certa atualização nas noções de presencial e não presencial (Haraway, 2009; Hine, 2004; 2005). Se o virtual já tinha se despedido de seu status de vertigem, de irreal, na medida de suas reais produções materiais e subjetivas, agora, na pandemia, outro deslocamento vai se mostrando contundente, no que diz respeito à atualização da noção de um “presencial e não presencial”. Quer dizer, a presença digitalmente mediada foi sendo cada dia mais legitimada, como gesto consistente do cuidado. Expressões como “eu falei com o ACS”, “ele fez meu curativo pelo Whatsapp®”, «A orientação sobre como tomar meu remédio chegou por foto», e “nos falamos por vídeo», entre outras, revelam talvez, um novo paradigma da comunicação e do cuidado, em que parecemos estar imersos num real que é virtual, presencial, “ao vivo/live in”.

Essas atualizações se processam no percurso de legitimação de certos modos de interação social, que afetam a noção de tempo e de espaço, radicalmente encurtados por essa tecnologia, e que foram paulatinamente se tornando extensão de nossos próprios corpos, incidindo sobre nossa subjetividade e consciência coletiva para uma série de experiências.

Dito isto, é preciso tornar objeto de reflexão cuidadosa, que aquilo que o ACS precisava fazer na unidade ou na visita domiciliar e que gastaria horas, pôde ser feito por um simples toque no celular ou no computador, com envio de uma foto, áudio e vídeo, e não tornou o cuidado ineficaz nem interrompeu o vínculo das relações da nossa experiência em específico. Para Augé (1994) a noção de “presença” não vem mais de “estar de corpo presente”, mas sim de “estar presente”, mesmo na ausência, sendo o corpo algo mais subjetivo.

Contudo, ainda que as muitas virtudes da comunicação e do cuidado mediado por tecnologias possam ser destacadas nessa experiência, é preciso demarcar e pôr atenção às desigualdades que esses usos podem criar ou aprofundar, de modo a perceber suas potencialidades, mas também, de dar capacidade para reconhecer e driblar os limites, sugerindo uma matriz em que se possa acionar esses métodos para o que servem e nas situações em que servem, sem prejuízo dos princípios da APS e sem distorções no trabalho do ACS.

A esse respeito, a experiência com idosos evidencia as maiores dificuldades no uso das tecnologias aqui mencionadas, estando mais sujeitos ao isolamento completo no contexto da pandemia, não fossem outras medidas. Essa realidade exige pensar o distanciamento social e esse lastro de criatividade do cuidado, considerando as condições materiais (do acesso e regularidade à tecnologia), as habilidades e suportes necessários.

As circunstâncias revelaram para nós, no percurso do ACS, a justaposição da comunicação tradicional e das comunicações mediadas por tecnologias em seu caráter de complementaridade, seja através da figura e eleição de um vizinho de referência, ou pelo uso do telefone fixo da unidade de saúde, e mesmo e mais importante pela priorização dos grupos mais vulneráveis nas visitas domiciliares.

Com isto, não se trata de enaltecer as tecnologias de comunicação incorporadas no cuidado territorializado sem maiores análises, mas de perceber sua incorporação no cotidiano de certos grupos e capitalizar seus usos também para o cuidado, além de reconhecer quando ela pode se tornar um limite para esse mesmo cuidado. De todo modo, no atual contexto, elas têm sido bastante capazes na prevenção dos efeitos adversos do isolamento, permitindo o acompanhamento das complicações das doenças crônicas, e respondendo ao cumprimento do distanciamento social, que continua sendo um desafio em nosso país, já tão pressionado pelo negacionismo governamental (Caponi, 2020).

No fim das contas, o cuidado que os ACS tiveram com o uso de tecnologias de comunicação e com estratégias de promoção de encontros por meios virtuais foi extremamente real e potente. Se o mundo já caminhava nesta direção, a pandemia acelerou os processos, e os ACS contribuíram com essa busca pelas saídas possíveis dentro da crise.

Outra importante variante nesse processo é a organização comunitária intrinsecamente facilitada pela tradição e conformação do padrão das relações mais aproximadas e vinculadas, como é comum nas cidades menores e como é o caso de Quissamã, com bom IDH, boa margem da renda média, uma receita pública relativamente estável por conta da coleta de Royalties do petróleo, cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família e uma assistência consolidada e organizada a partir da APS. Claro que isso por si só não seria suficiente para determinar a qualidade do cuidado, suas incursões criativas e nem mesmo pode ser entendido como qualidade apenas desse tipo de localidade, mas sem dúvida, é uma realidade que ancora também as experiências que aqui compartilhamos, na medida que refuta a ideia da reação *blasé* das metrópoles e os indivíduos não ignoram os problemas da comunidade, não demandam a atitude de reserva e o afastamento dos acontecidos, fazendo aqui uma breve alusão Simmeliana, mas que pode explicar maior nível de envolvimento com a comunidade e seus acontecimentos.

Considerações finais

A pluralidade das falas, dos olhares, e dos diferentes acúmulos teóricos e empíricos ampliou a percepção das realidades imanentes aos processos de trabalho em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Assim, as percepções e sínteses instadas sumarizaram certo encontro entre o que é o dito teórico e científico e um imenso campo de conhecimentos produzidos social, histórica e culturalmente acerca do cuidado de si e do outro, que ao final se constituem em cuidado em saúde.

A EPS retomou uma série de sentidos e princípios para a RAS, a APS e o ACS, constituindo um percurso de valorização desses entes, e de reconhecimento de seus papéis, especialmente, considerando os limites impostos pela pandemia e os desafios postos para uma retomada segura de todas as suas atividades no contexto pandêmico. O retorno do ACS como problema enunciado em EPS se mostra ao final como uma camada de valor e solução dentro da matriz da APS, meio pelo qual se ampliou a capacidade em saúde. A EPS e esse relato nos permitem ver a beleza das invenções e criações dos ACS, pavimentando um caminho de acesso, equidade e de luta por integralidade, diante de tantas dificuldades do sistema, agravadas pela pandemia.

A sinalização do ACS como o capital social do cuidado nesses tempos acentua suas qualidades excepcionais para o Sistema de Saúde, e para o que se preza na saúde comunitária. Destaca-se sobre isto, o modo como ele se insere na maquinaria do “trabalho em saúde”, constituindo nele mesmo a unidade de saúde enquanto uma extensão do território, e o território uma extensão da unidade de saúde. Mais que um aliado da comunidade, o ACS é parte, compartilha os hábitos, as injustiças históricas, o modo como são afetados pela política e os saberes locais. E mais que um profissional de saúde, ele é um profissional de saúde “informante”, no sentido mais nobre da palavra. Por isso, sua posição se apresenta como privilegiada para penetrar as crises na crise, driblar os entraves políticos e estruturais, e as confusões conceituais, especialmente porque dominam a linguagem e detém elementos para a negociação com a comunidade.

Além disso, na linha de frente do combate à Covid-19 no Brasil não pode haver invisibilidades e apagamentos, há profissionais cujo trabalho é crucial e que estão fora das UTIs e das grandes unidades de emergência, estão por exemplo, nas ruas da comunidade fazendo visita domiciliar, onde há demandas que não podem esperar, ou monitorando a comunidade com tecnologias de comunicação, enfrentando seus próprios medos e garantindo a continuidade do cuidado de condições e agravos, para além da Covid-19 atendendo as necessidades de saúde de muitos brasileiros. Enfim, há profissionais de saúde nos territórios, garantindo a produção do cuidado e a continuidade de muitas histórias de vida, mesmo em meio às máximas contraditórias ou paralisantes que a conjuntura da pandemia possa impor.

Não podemos deixar de considerar que as experiências de EPS como essa exemplificam a virtuosa integração entre a universidade, a gestão e os serviços de saúde, num reconhecimento mútuo das potências existentes entre todas essas partes, e na união entre elas, sendo fundamentais para o Sistema de Saúde, especialmente nos momentos de mudanças e desafios para cotidiano do trabalho em saúde. Principalmente, quando levamos em conta o cenário pandêmico, onde viver a história em ato nos insere numa realidade brutal e repleta de limites, mas também, pela possibilidade de responder às situações a partir do encontro com a nossa potência e das nossas instituições.

Essa menção se faz importante, sobretudo, na época em que vivemos, e quando toda essa potência de vida e trabalho tende a ser substituída por teses

e tratamentos refutados pela ciência, quando nos deparamos com comunidades inteiras se sujeitando às mais variadas formas contestadas de um pseudo cuidado. Assim, essa experiência em EPS foi uma oportunidade que lembrou que a adaptação, a superação e o deslocamento são ações e afetos que podem ser acionados para vivenciar de uma nova forma aquilo que nos paralisa, dando conta das intersubjetividades para processar o cuidado real e comprometido com a vida.

Depois de todas essas considerações, se há algo mais a se destacar, talvez seja a solidariedade como capital da organização, o membro da comunidade como capital do cuidado comunitário e suas inovações e criatividade na assistência, como elemento da governança local, a ser reconhecida em meio e diante da frágil governabilidade institucional e política da crise sanitária no Brasil.

Referências

- Abouk, R.; Heydari, B. (2021). The Immediate Effect of COVID-19 Policies on Social-Distancing Behavior in the United States. *Public Health Reports*, 136(2).
- ATLASBR - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. (2021). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Fundação João Pinheiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/330415>.
- Augé, M. (1994). *Não-Lugares – introdução a uma antropologia da sobremodernidade*, Campinas – SP. Editora: Papirus, 9ª ed.
- Brasil. (2016). Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 241 (95), p. 2. <http://www.in.gov.br/autenticidade.htm>
- Caponi, S. (2020). COVID-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*, 34 (99), 209-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-40142020000200209&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Chagas, R.; Franco, T. B. (2018). O trabalho em saúde como dispositivo para a educação permanente. In: Conceição, H. R. M. da, & Franco, T. B. (orgs). *Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado* [Internet]. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde) 1o ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 203–32. http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/cartografias_

na_saude_ensaios_da_multiplicidade_no_cuidado.

Franco, T. B. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde Soc. São Paulo*, 24 (supl.1), 102-114.

Haraway, D. (2009). Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do sec XX. In: Tadeu, T. (org). *Antropologia ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte, MG: Editora Autêntica.

Hine, C. (2004). *Virtual ethnography*. Traducción de Cristian P. Hormazabal - 1ª ed. Cultura Libre - Barcelona.

Hine, C. (2005). *Virtual Methods and the Sociology of Cyber-Social-Scientific Knowledge*. Oxford: Berg.

Knauth, D. R., Oliveira, F. A. de; Castro, R. C. L. de. (2013). Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, (Saúde em Debate), 145, 189 p.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. (2011). Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarin, A. C. de S., & Gomberg, E. (Org). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências (no prelo)*. 1 ed. Salvador: Editora da UFBA, 1 (s/n), 5-21.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M., Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva* [Internet], 2(2) 147. DOI: 10.18294/sc.2006.62. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde. (2020). Histórico da pandemia de COVID-19. [internet] 2020. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Quissamã. (2020). Prefeitura Municipal de Quissamã. Quissamã [Internet]. Prefeitura Municipal de Quissamã. <https://www.facebook.com/PrefeituraMunicipalDeQuissama>

Rolnik, S. (2016). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Sulina, 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 248 p. ISBN: 978520504246.

Satriano, N. (s/d). Mulher de Barra Mansa é o 1o caso confirmado do novo coronavírus no estado do RJ [internet]. Rio de Janeiro. <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/video/mulher-de-barra-mansa-e-o-1-caso-confirmado-do-novo-coronavirus-no-estado-do-rj-8376427.ghtml>.

Scott, N. et al. (2021). Modelling the impact of relaxing COVID-19 control measures during a period of low viral transmission. *Medical Journal of Australia*, 214 (2), 79-83. DOI: 10.5694/mja2.50845. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33207390/>

Spinoza, B. de (1966). *Tratado da Reforma da Inteligência*. Trad.: Lívio Teixeira. Título Original: *Tractatus de Intellectus Emendatione*. 1a ed. São Paulo. série 1a. Companhia Editora Nacional. 140 p.

UFRJ-Macaé. (2020). GT COVID 19 UFRJ-Macaé. Grupo de Trabalho para o Enfrentamento da COVID 19 da Universidade Federal do Rio de Janeiro - campus Macaé. GT COVID-19 UFRJ/MACAÉ. [internet]. <https://painelCOVID-19.macaee.ufrj.br/>.

Verani, A., Clodfelter, C., Menon, A. N., Chevinsky, J.; Victory, K., & Hakim, A. (2020). Social distancing policies in 22 African countries during the COVID-19 pandemic: a desk review. *Pan African Medical Journal*, 37 (1), 46. DOI: 10.11604/pamj.supp.2020.37.46.27026.

Waters, R. (2020). Leading to Health – a series health transformation. *Health Affairs*, 39:7.

O CUIDADO À SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19ⁱ

Túlio Batista Franco

Essa dor talvez ajude as pessoas a responder se somos de fato uma humanidade (Ailton Krenak, líder indígena e ambientalista).

Introdução

A construção das reflexões contidas neste texto, parte do pressuposto de que os processos de subjetivação são sócio-históricos, ou seja, produzidos com base na interação da pessoa com o mundo, o meio no qual está inserida. O corpo vai se produzindo como uma vida, no gerúndio porque sempre em constante movimento, produção e autoprodução, a partir dos múltiplos encontros a cada dia. Nestes encontros o corpo tem o poder de afetar e ser afetado, sendo este o movimento intensivo, ilimitado de novas e permanentes modulações desse mesmo corpo (Spinoza, 2008). Processo permanente de produção de si e do mundo. A potência para estes movimentos se encontra nos afetos que cada corpo é capaz no momento do encontro.

Com base neste pressuposto, a discussão que pretendemos fazer parte inicialmente de uma análise de cenário, pautando os temas que caracterizam o contexto em um determinado tempo, o da pandemia de Covid-19, e espaço, o Brasil. É neste cenário que os corpos, na sua maior ou menor potência, vão produzindo a vida, sempre na relação com o mundo. As variações na saúde mental neste período, marcada pela dor, sofrimento e luto, têm relação direta com o contexto criado com a Pandemia de Covid-19. Ao mesmo tempo, o cuidado às pessoas, em especial no que se refere à sua afetividade, reduzindo os danos causados à saúde mental, pode encontrar potência para restaurar a potência de agir, sua produção de vida e relação com o mundo.

Primeiro movimento: Como foi que chegamos até aqui? Muitos devem estar se perguntando ao conviver com dezenas de milhares de novos infectados

pelo novo coronavírus, e milhares de mortos todos os dias. Há uma sensação de “perda do chão”, um cenário tão radical e inesperado, que se abateu sobre todas as pessoas de forma repentina. A primeira impressão é que sofremos uma “guerra híbrida” desencadeada pelo vírus, contra a humanidade. Ataques de todos os lados, mutações com novas cepas mais agressivas, com maior capacidade de transmissão, maior letalidade inicialmente entre idosos, no momento seguinte, incluindo também os jovens. Diante do sofrimento causado por tamanha catástrofe, se tenta pensar, enfim, quais as linhas de forças atuaram para que se produzisse no plano global, uma pandemia por novo vírus, no século XXI?

Segundo movimento: De onde vem o novo coronavírus, agora chamado de SARS-CoV-2? Esta pergunta continua intrigando cientistas e comunidades de todo o mundo. Inicialmente, supunha-se que este havia aparecido pela primeira vez em um mercado de peixes em Wuhan, na China. Porém, atualmente esta hipótese já foi descartada, após a visita técnica de uma comissão da Organização Mundial de Saúde (OMS), enviada especialmente para verificar as condições sanitárias locais, em janeiro de 2021, e opinar sobre a origem do vírus que assombra o mundo (OMS, 2021). Embora não conclusivo, o relatório da comissão considera mais provável a hipótese de que há uma origem silvestre, e ocorreu o efeito “transbordamento”, ou seja, o vírus se transferiu de uma espécie silvestre, onde vivia em equilíbrio com a natureza, para habitar a espécie humana.

Imaginemos que supostamente este vírus estava presente no ambiente há milhões de anos, e que a atividade humana predatória da natureza, destruindo o equilíbrio existente entre todos os seres vivos e o mundo natural, é um dos fatores do aparecimento do novo coronavírus. Ao risco da radical mudança no clima do planeta, soma-se o risco da interação humana com seres ameaçadores à saúde e à vida. Importa analisarmos os fatores desencadeantes da pandemia de Covid-19, para compreendermos que a transmissão do vírus para as e os humanos se deu em razão do desequilíbrio ambiental. Ou seja, a pandemia é uma produção humana.

A intensa atividade extrativista, associada à queima de combustíveis fósseis têm sido as principais causas de agressão à natureza, e são responsáveis pela transição a um novo regime climático como sugere Latour (2020), caracterizado pelo aumento da temperatura do planeta, e suas consequências nefastas para a vida na Terra. A ganância capitalista que induz a uma exacerbação da atividade produtiva, desregulada,

desrespeitosa com os limites de preservação das condições ótimas do clima, destrói a possibilidade de um ambiente saudável. Essa dinâmica se tornou extremamente ameaçadora à vida, por efeito direto sobre as condições de vida, e também, por expor o ser humano a novos agentes etiológicos que até então, estavam presentes no mundo, sem se manifestar, pois estavam em equilíbrio com a natureza.

Terceiro movimento: O desenvolvimento da sociedade, tendo por base de um lado o modelo capitalista de produção, baseado na concorrência por acumulação de riquezas, onde tudo vira mercadoria; e por outro lado o conhecimento construído a partir do método científico, que não reconhece os saberes tradicionais e comunitários como válidos e indispensáveis a uma vida em harmonia entre todos os seres vivos e objetivos existentes, levou a uma ruptura entre o humano e a natureza. As agressões ao mundo natural se voltam contra o próprio ser humano, porque ele é parte desta natureza.

Uma das linhas que justifica esta disjunção entre ser humano e natureza se dá pela ideia de que as pessoas são dotadas de uma cultura, socialmente construída ao longo da sua vida. Segundo Latour (2020), a tradição do pensamento ocidental distingue o humano da natureza:

[...] toda vez que se quer ‘aproximar os seres humanos da natureza’, somos impedidos de fazê-lo por meio da objeção de que o humano é, acima de tudo, ou que ele é também, um ser cultural que deve escapar ou, de qualquer modo, se distinguir da natureza (Latour, 2020, p. 33).

O próprio autor critica esta concepção, considerando que as dimensões natureza e cultura são partes de um mesmo conceito, o humano, ou seja, somos natureza e trazemos no corpo os registros da cultura. Da mesma forma os povos ancestrais são portadores de uma cultura, e organizam suas formas de vida com base nos valores, costumes e crenças que são transmitidos através das gerações. O que vemos, portanto, é que os humanos, em qualquer tempo e espaço, todos os povos, pertencem à natureza e trazem uma cultura como componente do seu ser. Enfim, os agenciamentos destrutivos da relação entre a pessoa e natureza são de outra ordem, mas não, do fato de haver uma cultura que imaginariamente produziria esta separação.

O Antropoceno, período geológico que tem início no século XVIII (Latour, 2020) com a revolução industrial, se caracteriza por alterações climáticas no planeta, produzidas por ação antrópica. Mesmo que cientistas, geólogos e ambientalistas, tenham nomeado uma nova era a partir das grandes mudanças verificadas a partir deste período, as intervenções danosas ao ambiente se construíram ao longo dos séculos.

Quarto movimento:

Ailton Krenak, liderança indígena e ambientalista, de origem do Vale do Rio Doce em Minas Gerais, tem sido uma das mais notórias vozes a propagar um pensamento que tem por referência a ancestralidade, e por esta via, a reconexão da humanidade às suas relações com a mãe terra, se referindo a planeta, e à preservação da natureza. No seu recente livro “O Amanhã não está à Venda” (Krenak, 2020) apresenta a constatação de que durante a pandemia de Covid-19, o modo de funcionamento da natureza segue seu curso normal, o que entrou em crise foram os humanos, e isto indica que o modo de funcionamento do mundo entrou em crise.

Esse vírus está discriminando a humanidade. Basta olhar em volta. O melão-de-são-caetano continua a crescer aqui do lado de casa. A natureza segue. O vírus não mata pássaros, ursos, nenhum outro ser, apenas humanos. Quem está em pânico são os povos humanos e seu mundo artificial, seu modo de funcionamento que entrou em crise (Krenak, 2020, p. 7).

Entre todos os povos dos muitos países que habitam o planeta, há certos grupos que são mais vulneráveis à doença de Covid-19, por estarem mal informados pelos seus governos, expostos a carências sociais e econômicas, discriminação e abandono por parte de seus governos. Especialmente no Brasil isto se agravou pela necropolítica encaminhada pelo governo federal, como é sabido, que negligenciou as orientações científicas, para adotar medidas ineficazes de proteção à população. Entre esses grupos nos quais podem ser incluídas as populações que vivem nas comunidades da periferia das cidades, negros, indígenas, pessoas do grupo LGBTQIA+, pessoas com deficiências, com transtorno mental, pra fica em alguns. Para o sistema neoliberal esses grupos são

qualificados como uma sub-humanidade (Krenak, 2020). O que se pensa segundo a Organização Mundial de Saúde: “O respeito pelos direitos humanos em todos os âmbitos, incluindo os direitos econômicos, sociais e culturais, bem como os direitos civis e políticos, será fundamental para o sucesso das respostas de saúde pública diante da pandemia” (WHO, 2020).

Estes aspectos que revelam a diferença nas infecções e mortes com maior incidência entre os grupos populacionais citados acima, historicamente negligenciados pelo poder público (Dos Santos, 2020; Navarro, 2021; Pechin, 2021). Este aspecto funciona como um analisador da sociedade neoliberal, pois denunciam que certas vidas pertencentes a grupos mais vulneráveis são “deixadas morrer”. Uma diretriz adotada pelo neoliberalismo a de que reconhece apenas aqueles que têm a possibilidade de produzir e acumular riquezas, corpos monetarizado, aos quais é atribuído o valor pela capacidade de financeirizar-se e produção de maior valor. O pós-pandemia deve apontar para um novo mundo, que é não apenas possível, mas necessário. Há um chamado ao protagonismo para essa construção. “Tomara que não voltemos à normalidade, pois, se voltarmos, é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro” (Krenak, 2020, p. 14), profetiza o líder indígena e ambientalista.

Imunidade de rebanho como estratégia: a tragédia brasileira

No dia 25 de fevereiro de 2020 o Brasil conheceu a primeira pessoa com diagnóstico confirmado da doença Covid-19, no estado de São Paulo. Um homem de 61 anos foi admitido em hospital, tendo chegado recentemente do norte da Itália, onde na ocasião havia um grave surto da doença. É possível ter havido casos antes desta pessoa, mas não se tem confirmação.

A proteção ao novo coronavírus até então segundo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) se dava pela adoção de medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, uso de máscara, álcool em gel, medidas de higiene e orientação à população sobre as formas de cuidado a serem adotadas.

No primeiro semestre de 2020 houve um intenso debate no contexto do enfrentamento da pandemia no Brasil, dado as diferentes propostas para lidar com a emergência sanitária causada pela Covid-19. Discutia-se a melhor forma

de estabelecer o distanciamento social. De um lado propunha-se a “mitigação” ou modelo “vertical” que diz respeito ao isolamento apenas de pessoas que compõem os assim chamados grupos de risco, entre eles idosos, pessoas acometidas por condições crônicas e imunodepressivas; a outra modalidade é a “supressão” ou “horizontal” a qual recomenda o isolamento a todas as pessoas através de lockdown. No primeiro as atividades econômicas de comércio e serviços se mantêm em funcionamento, já no segundo caso se mantêm apenas os serviços essenciais, como saúde, segurança, comércio de alimentos e medicamentos. Estabeleceu-se entre estas opções uma disputa no interior do governo federal, na sociedade, que nos revela distintos projetos de enfrentamento à pandemia.

Enquanto vários setores indicam o lockdown como aconteceu em muitos países, considerando que esta tinha sido uma das formas mais eficazes para evitar a transmissão do vírus e a consequente infecção por Sars-Cov-2, reduzindo a incidência da Covid-19. As primeiras pesquisas informaram que entre aqueles que contraem a doença, em torno de 15 a 20% são considerados casos graves, e 5% críticos, que necessitam inclusive de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), (Greenhalgh, 2020). Formas eficazes de frear o aumento de casos seria fundamental para conter a demanda por serviços de saúde dentro da sua capacidade de atendimento, evitando um excesso que poderia deixar muitas pessoas sem assistência, aumentando o número de casos fatais.

O fundamento da polêmica que se estabeleceu entre os que defendem medidas restritivas da circulação de pessoas e distanciamento rigoroso, e os que sugerem maior flexibilização destas medidas para a manutenção das atividades comerciais, indústria e serviços, encontra-se na escala de valoração da vida no âmbito de uma economia neoliberal. O “negacionismo da ciência” vem sendo adotado como estratégia política para sustentar propostas vinculadas às diretrizes econômicas. Nega assim a emergência sanitária, a gravidade da doença, as formas de contenção da transmissão virótica e adoecimento. Não se trata de ignorância, um “não saber”, mas uma estratégia política que pretende favorecer o capital, mantendo suas atividades, jogando a um segundo plano a estratégia de salvar vidas. As vidas expostas com esta estratégia são principalmente das pessoas que movem a economia, trabalhadores de todos os segmentos produtivos, que se expõem pela mobilidade ou trabalho que lhes são impostos, na medida em que

não há proteção à segurança alimentar e outras necessidades básicas, suficiente para se manterem isolados. Pobres, negros, pais e mães de família são lançados à exposição à doença, em nome do mantra “salvar economia”.

O primeiro ano da pandemia no Brasil foi marcado por uma forte disputa entre o Governo Federal, negacionista, que trabalhou de forma incessante contra as medidas protetivas à transmissão e infecção pelo coronavírus. Suas ações contribuíram para disseminar o vírus e a doença, conforme demonstra o estudo “Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil”, realizado na Universidade de São Paulo, que analisou 3.049 medidas do governo federal no que se refere ao enfrentamento da Pandemia no ano de 2020. Os resultados desta pesquisa foram publicados no Boletim No. 10 (20.01.2021) – Direitos na Pandemia, da Conectas Direitos Humanos e do Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Este estudo demonstra de forma cabal que o Governo Federal agiu para disseminar o vírus, escorado na tese de atingir a “imunidade de rebanho” por transmissão do vírus, ou seja, estimulando a infecção das pessoas. O estudo realizado pela CEPEDISA citado acima, associado a constantes declarações do presidente da república e seu entorno, negando a gravidade da doença, e medidas de proteção ao vírus, demonstra a veracidade desta tese, e prova que o negacionismo é uma estratégia política. Ao negar todos os aspectos relacionados à agressividade do vírus e sua possibilidade letal, encorajar a que a população saia de casa abandonando a perspectiva de se isolar, e retorne ao trabalho, o único objetivo que se pretende com isto é manter a economia funcionando, a um custo incalculável de infecções e mortes por Covid-19. Entre os anos de 2020 e 2021 o Brasil viveu duas ondas da doença de Covid-19, chegou a contabilizar em março de 2021 a marca de 4.200 mortes diárias provocadas pela doença. Ficou por muitas semanas no platô de mais de 2.000 mortes diárias. O projeto da imunidade de rebanho por transmissão, por estratégia do governo federal que não prevê mitigar os efeitos da pandemia, levaria o país a 1.152.000 de mortos, segundo estimativas do Imperial College de Londres (2020).

Outros países que inicialmente adotaram a estratégia de aguardar uma imunidade adquirida por transmissão, abandonaram esta diretriz assim que

tiveram contato com os primeiros estudos estimando uma alta mortalidade por Covid-19. No Brasil, o governo federal seguiu neste caminho, apesar dos reiterados avisos, e denúncias, de que seria uma política que iria produzir centenas de milhares de mortes para além do esperado, se adotadas medidas de proteção convincentes, e de acordo com orientações da OMS.

O ano de 2020 foi particularmente marcado por necropolítica caracterizada por altos índices de transmissibilidade do vírus, taxas elevadas de infecção e doença de Covid-19. A incidência de mortes ficou muitas semanas situadas em platôs muito altos sustentando uma alta mortalidade, às vezes, com requintes de crueldade como aconteceu em Manaus e outros municípios, nos quais se esgotou o oxigênio dos hospitais, e pessoas internadas morreram asfixiadas. Não contratualização com laboratórios farmacêuticos no ano de 2020, deixando a população iniciar o ano de 2021 sem proteção de imunizantes, quando vários países já dispunham de vacinas.

O cuidado como parte do enfrentamento da doença de Covid-19 se deu como na grande maioria dos países, centrado na assistência hospitalar, embora sejam os serviços de referência territorial, em especial a Atenção Básica, o melhor recurso para fazer a orientação e cuidado à população, fortalecendo as linhas de autoproteção, evitando a transmissão. Quando o usuário chega ao hospital com sintomas de Covid-19 grave, significa que a “guerra” contra o vírus já foi perdida no território. O que se viu foi o abandono da população, que ficou sem testes, vacinas, investimentos adequados, fortalecimento dos serviços mais próximos às comunidades e domicílios.

O negacionismo da ciência, desfinanciamento do SUS, deboche, abandono, incúria, prescrição de um inexistente tratamento precoce, e um não se importar com o sofrimento alheio, o desdenhar das vítimas, fez produzir por parte do Governo Federal, linhas necropolíticas que operam sobre a vitalidade dos corpos que se encontram na cena do desastre. De alguma forma todas as pessoas que vivem a experiência de uma crise sanitária e humanitária, com estes componentes, são potencialmente afetada negativamente por tudo o que acontece à sua volta.

À crise sanitária associa-se o grave problema social, ambiental e afetivo, o que levou a que o sofrimento da população se prolongasse por longo período, e se tornasse mais intenso. Durante e mesmo depois do pico de casos da pandemia,

vislumbra-se no cenário uma crise da saúde mental, tão cruel quanto silenciosa, ofuscada pela pouca visibilidade. A doença da alma que vai aparecendo e crescendo a par e passu o desenvolvimento da pandemia, ameaça também destruir vidas, e começa por matar o desejo, as vontades, essas forças propulsoras que põe os corpos em movimento construindo o mundo. Os dispositivos.

Dar visibilidade aos graves problemas de saúde mental que transversalizam a pandemia, jogar luz sobre o sofrimento afetivo, subjetividades vulneradas, é a condição para desterritorializar de um lugar de produção de afetos negativos, tristeza e dor, para encontrar potência nas linhas afetivas produtoras de alegria, que poderão dar passagem ao genuinamente novo. Aqui está a possibilidade de atividades criativas, capazes de produzir um devir na resistência, o que seria um novo mundo, uma outra vida para si e os outros.

A Saúde Mental e a pandemia de Covid-19

Neste artigo pretendemos discutir os efeitos da pandemia na saúde mental da população. Inicialmente buscamos compreender o sofrimento mental em outras experiências epidêmicas. Analisamos artigo com estudos dos impactos psicológicos causados pela obrigatoriedade de isolamento social, como quarentena, em surtos epidêmicos de “SARS (11 estudos), Ebola (cinco), pandemia de influenza H1N1 de 2009 e 2010 (três), Síndrome respiratória do Oriente Médio (dois) e equinos influenza (um). Um desses estudos relacionados a ambos H1N1 e SARS”, (Brooks et al., 2020, p. 913). Os autores desta pesquisa informam que a quarentena causa vários efeitos colaterais, e são mais frequentes quando associada ao distanciamento de familiares, perda da liberdade, problemas financeiros, incertezas em relação à doença, e tédio.

Dentre as pessoas submetidas à quarentena, conforme os autores afirmam, invariavelmente uma maioria apresenta sofrimento mental durante o episódio de isolamento, e às vezes, este se prolonga para o período após seu distanciamento social. As principais manifestações são distúrbios emocionais, depressão, estresse, mal humor, irritabilidade, insônia, estresse pós-traumático (idem, ibidem). Os autores indicam ainda algumas possibilidades de intervenção que os trabalhadores da saúde diretamente ligados aos usuários podem fazer para reduzir os efeitos da quarentena:

Os resultados [dos estudos] sugerem que os funcionários devem tomar todas as medidas para garantir que essa experiência [quarentena] seja a mais tolerável possível para as pessoas. Isso pode ser alcançado dizendo às pessoas o que está acontecendo e por que, explicando quanto tempo vai continuar fornecendo atividades significativas para eles fazerem enquanto estão de quarentena, fornecendo comunicação clara, garantindo suprimentos básicos (como alimentos, água e suprimentos médicos) (Brooks et al., 2020, p. 919).

Além disto, é fundamental que as pessoas tenham acesso a informações e se sintam bem orientadas, e assim, seguras para tomar as medidas necessárias para se proteger do vírus. Isto remete às práticas de cuidado na rede de saúde, onde os trabalhadores, indistintamente da categoria profissional, devem estar atentos ao acolhimento dos usuários, buscar compreender na sua narrativa todas as questões que dizem respeito à produção da sua vida, sua existência em família, na comunidade, e as questões diretamente implicadas com o problema de saúde e sua relação com a Covid-19. Isto certamente traz a múltipla dimensão dos problemas iniciais, ampliando as possibilidades de entendimento, e contribuindo com a elaboração de um plano de cuidado mais integral.

Os efeitos da pandemia de Covid-19 na saúde mental às vezes levam a percepções de que o território seguro da existência das pessoas se desfaz. Na experiência chinesa, por exemplo, Lima et al. (2020) informam que os moradores de Wuhan na China têm comparado o contexto pandêmico, especialmente após o bloqueio da cidade em 23 de janeiro de 2020, com o “fim do mundo”. Hospitais sobrecarregados, medo da escassez de alimentos, comprometimento da mobilidade social, enfim, fatores que ocasionaram sofrimento mental entre moradores, e trabalhadores da saúde produzem esta imagem. O imaginário que se cria em torno da pandemia não necessariamente corresponde à realidade, mas ao mesmo tempo é real para quem percebe. Por isso é importante considerar como cada pessoa percebe o cenário no qual está vivendo, pois é este singular entendimento da situação que vai orientar suas defesas.

A Comissão Nacional de Saúde da China dedicou especial atenção à questão da saúde mental dos trabalhadores do sistema de saúde, bem como da população diretamente afetada pelas medidas de contenção da pandemia. Foram

detectados aumento da incidência de depressão, angústia e estresse na população em geral, mas especialmente entre idosos, os mais susceptíveis à Covid-19. Várias orientações foram emitidas desde janeiro de 2020, a fim de fortalecer o serviço de saúde mental diante da pandemia. Destaque para as situações das crianças e jovens que ainda são pouco comuns.

Os trabalhadores não têm treinamento específico para lidar com problemas de saúde mental durante a pandemia na China. Possivelmente este é um problema que se verifica em vários sistemas de saúde. Não deixa de ser uma importante lacuna nas estratégias de enfrentamento do surto da doença, visto que, a questão de saúde mental tem sido relevante em todos os episódios similares, surtos epidêmicos associados ao isolamento social especialmente. Não ter uma abordagem específica de manejo para situações de sofrimento mental, aumenta a ansiedade das pessoas, como se verifica em Wuhan, mesmo entre aqueles que não estão em quarentena (Lima et al., 2020). Sofrimento este causado pelo estado geral de espera para o retorno à situação de normalidade, incerteza em relação ao futuro, enfim, a vida em suspenso esperando um desfecho o qual independe da própria pessoa. O surto da doença aumenta conforme se tornam conhecidos os desfechos da Covid-19 na população.

Durante surtos de doenças, a ansiedade da comunidade pode aumentar após a primeira morte, maior número de reportagens na mídia e uma escalada do número de novos casos. Assim, é provável que a quarentena em massa aumente a ansiedade substancialmente, por várias razões. Ansiedade elevada também pode ter implicações indiretas para outras medidas de saúde (Rubin & Wessely, 2020, citado em Lima et al., 2020).

Se de um lado há um intenso sofrimento mental das pessoas em geral, em contato direto ou indireto com o episódio da pandemia, por outro lado os trabalhadores também são diretamente atingidos. O encontro cotidiano com a doença e morte, associados ao estresse, sobrecarga de trabalho, produzem nos trabalhadores o sentimento de desamparo, medo em relação ao presente e futuro, angústia e depressão. Para estes, tudo pode acontecer durante e após este surto da doença de Covid-19. E este futuro próximo será certamente diferente

do momento anterior ao surto. Em qualquer hipótese ficarão sequelas sociais e afetivas resultantes da pandemia. A construção de um futuro dos serviços de saúde no momento pós-pandemia, sugere construir algo novo, pautado na potência que o desejo é capaz de produzir em cada pessoas, pois é esta energia que é capaz de tornar cada uma e um em protagonista de um mundo diferente e melhor do que vivia anteriormente à pandemia.

O pós-pandemia: Reconstruir mundos como dispositivo para novos agenciamentos da vida

A pandemia de Covid-19 causada pelo Coronavírus Sars-Cov-2 nos revela uma tragédia humana, globalizada, sem precedentes. Especialmente mostrou o quanto a humanidade atual é autodestrutiva quando se refere à sua relação com a natureza, assim como está despreparada para enfrentar um vírus ameaçador. Por mais avanços em conhecimento, que se transformam em tecnologias e podem melhorar a vida das pessoas, que se tenham criado no último século, tomando por referência a última pandemia que foi do vírus H1N1, chamada de gripe espanhola (1918), até hoje, não se conseguiu sistemas sociais e de saúde capazes de proteger satisfatoriamente a população. O que se viu foi uma brutal exposição das pessoas à doença na maioria dos países, mas, o que pode ser mais grave nesta maioria, a precariedade de sistemas econômicos e de proteção social incapazes de oferecer uma resposta satisfatória na defesa da vida. Entende-se como a defesa da vida não apenas os sistemas de cuidados clínicos, mas a provisão dos recursos básicos necessários à manutenção de um corpo vivo, como a renda, segurança alimentar, relações de comunidade, acesso aos serviços públicos de saúde, educação e previdência, arte e cultura, ou seja, a produção de uma vida plena. Cenários de insegurança quanto à reprodução da vida, garantia de existência, atualizam no corpo afetos de abandono, medo, solidão, que causam sofrimento e dor. Cenários assim fazem o corpo padecer de tristeza, como sugere Spinoza (2008), o corpo é tomado por “paixões tristes”, que tomam o corpo, reduzindo sua potência de agir, seu vitalismo.

A pandemia de Covid-19 produz um distúrbio sistêmico na produção social e afetiva da vida, e do mundo onde estas vidas habitam. A solidariedade e generosidade têm sido dispositivos importantes para uma resposta afetiva

do corpo, diante do sofrimento que se impõe no contexto em que se vive. A solidariedade como soma de potências para produzir de algo comum. Associa-se, portanto, a tudo isto a importante noção de comunidade. Comunidade não como uma reunião de pessoas, mas o que nos dá o conceito de comunidade é a ideia de Comum, uma produção cotidiana de grupos e pessoas em rede, que anunciam sua capacidade de produzir entre si, espaços e fluxos produtivos e em associação entre si, ao mesmo tempo em que cada entidade, fluxo e pessoa mantém sua singularidade. Ou seja, o comum não representa uma captura, mas pelo contrário, a possibilidade de expressão de si, mesmo diante daquilo que é de todas e todos (Hardt & Negri, 2004).

Imagino que um Comum a ser produzido deveria ter origem na noção de social, entendendo-o como uma produção que é também afetiva, ou seja, um mundo de produção socioafetiva; que se encontra em harmonia com a natureza. Isto está vinculado à noção de defesa da vida.

Sistemas precários de proteção envolvem o aumento da sensação de insegurança, abandono, repetindo o ciclo que se conheceu nesta pandemia, da produção de afetos negativos pela tristeza, dor e sofrimento. Nestas condições a pessoa tem sua energia vital reduzida, assim como sua potência em agir no mundo da vida, por efeito dos afetos negativos que lhes são transmitidos nas relações de cotidiano. A retomada da maior potência está diretamente vinculada às sensações de proteção, solidariedade e noções de comunidade que possam se formar na relação entre as pessoas. Estes agenciamentos produzem afetos positivos, o que aumentaria a capacidade de agir e resistir às dificuldades próprias impostas pela pandemia.

Nessa perspectiva observamos que a condição mental, ou, na linguagem spinoziana, na condição corporal, entendendo-se o corpo como potência, ele está sempre sujeito às variações da relação do sujeito com o mundo. Então, a questão é: como ativar nas pessoas uma potência, aumentando sua capacidade de agir? Produzir bons encontros está no campo de possibilidades. Isto pode orientar as práticas de cuidado.

Restaurar a potência de um corpo a partir do processo de subjetivação seria uma aposta terapêutica tomando por referência uma construção do sujeito e do mundo ao mesmo tempo. Um processo de desterritorialização que rompe fluxos autômatos de uma vida, e reconstitui outras possibilidades mais dinâmicas, diversas

e criativa que pode dar passagem à formação de nova subjetividade. Uma mudança contínua dos corpos que vão se constituindo pelas experiências do cotidiano.

A pandemia de Covid-19 é certamente uma das experiências mais radicais que alguém poderia ter nos tempos atuais. Para Spinoza (2008) o corpo é uma singularidade, modulável conforme o efeito dos encontros, e assim ele concentra sua ideia em um corpo afetivo, sensível, suscetível aos *afectos*. Deleuze e Guattari (1996), vão sugerir que o organismo humano é formado por um corpo com órgãos e outro corpo sem órgãos, se referindo também à ideia de um corpo afetivo que nos habita. O encontro com o vírus, a pandemia, vai remeter ao sofrimento e à morte. Como já dito, isto produz efeitos sobre os corpos que os faz padecer de tristeza, tendo assim sua capacidade de agir reduzida, tomando por referência a teoria da afecção de Spinoza (2008).

Se a produção da vida e a potência dos corpos são mediadas pela relação com o mundo, através de múltiplos encontros a cada dia, o cuidado à saúde mental que restaura a potência de agir e produzir mundos para si, precisa também ter como base a relação da pessoa com o seu contexto social e afetivo. A prática de cuidado em saúde mental inclui uma vida em harmonia com a natureza; a reconexão de relações comunitárias descontinuadas e produção do comum; se organizar com base na solidariedade como soma de potências; retomar laços afetivos; produzir redes de apoio; ter acesso a recursos materiais e não materiais necessários à produção e conservação de uma vida plena. Produzir bons encontros diz respeito sempre a uma inserção no mundo da vida, que se dá por fluxos e conexões com outros corpos, no cotidiano. A abordagem à pessoa com sofrimento mental precisa considerar sempre o contexto socioafetivo, ou seja, relações sociais e afetivas se produzindo ao mesmo tempo, e em constante mutação.

Sofrimento Mental infantil: a tragédia silenciosa na Pandemia de Covid-19ⁱⁱ

Em setembro de 2020 a Organização Pan Americana de Saúde lança um alerta para suicídios no contexto da pandemia de Covid-19. A decisão veio após verificar que significativo número de pessoas estava desenvolvendo estados de angústia, ansiedade e depressão e outros sinais de sofrimento mental. A

questão se torna mais dramática quando observamos que o suicídio se tornou uma possibilidade para um certo número de crianças e adolescentes, após prolongado período de fechamento das escolas, e sem contar com um programa de acompanhamento e apoio.

O New York Times na edição de 24 de janeiro de 2021 informa que no condado de Clark, Nevada-EUA, 18 estudantes haviam tirado a vida em 9 meses de fechamento das escolas, o dobro do verificado no ano anterior. O mais jovem tinha 9 anos. Crianças negras e identificadas com a comunidade LGBTQIA+ estavam entre as mais marginalizadas e sujeitas ao sofrimento. Não é possível associar o suicídio ao fechamento das escolas, mas o fenômeno pela forma e momento em que aconteceu, levanta fortes preocupações nesta direção.

Estudos em outros países como no Japão (Isumi et al., 2020), e Inglaterra (Old et al., 2020), identificam aumento de suicídios infantis no ano de 2020 em relação a 2019, mas são inconclusivos para a associação entre este fenômeno e a resposta à pandemia. De qualquer forma, acende o alerta para a questão da saúde mental neste público. Frente às perdas de tudo o que a escola significa, a ameaça de morte de parentes e amigos, fazem com que aumente o risco de crianças e adolescentes desenvolverem sofrimento mental. Pesa sobre esta realidade, o fato de não encontrarem suporte profissional para ajuda, amparo e acolhimento. Em populações de baixa renda, os riscos aumentam pelo grau de estressores a que as crianças são submetidas, pela carência material, insegurança alimentar, instabilidade e conflito nas relações.

No Brasil, o fechamento da rede de ensino pública atingiu em torno de 40 milhões de crianças e adolescentes, o que corresponde a 80% das 50 milhões de matrículas existentes no Brasil, para o ensino fundamental. De repente a sala de aula, o pátio da escola, os jogos, o caminho para casa, e a convivência nos encontros foram perdidos. Perde-se o chão, as referências, a segurança, o futuro.

A ONU alerta para uma crise nutricional em crianças, decorrente do fechamento das escolas em países de baixa renda e população de maior vulnerabilidade, segundo El País de 15/2/2021. Movimentos de retomada cuidadosa das atividades escolares, não necessariamente ensino, mas também sempre que possível, começam a se esboçar no cenário nacional e internacional. Há o temor de uma grande evasão escolar no pós-pandemia, caso não haja uma reação à situação atual.

O aumento de sofrimento mental infanto-juvenil decorrente da exposição de crianças e adolescentes a longo período fora da escola, avança para uma séria crise na educação. Este grave problema surge como um efeito colateral à resposta do sistema de ensino à pandemia, ou seja, a interrupção das aulas que tem por objetivo proteger a comunidade escolar à infecção pelo coronavírus, vem causando estados de ansiedade, angústia e depressão entre crianças e adolescentes. Os países apresentam respostas diferentes para este problema, sendo que, na Europa tem sido frequente o retorno às atividades escolares, sempre que a pandemia reduz sua taxa de contágio na população. Para isto, são implementados rigorosos protocolos com testagem a toda comunidade escolar, monitoramento de casos com quarentena dos infectados e seus comunicantes, e suspensão das atividades quando há o recrudescimento do surto na área da escola.

Neste momento de grave crise é importante fortalecer os laços de solidariedade entre professoras/es, funcionárias/os, estudantes e as referências nos territórios. Uma possibilidade seria utilizar os equipamentos escolares hoje ociosos, como ponto de encontro, para o acolhimento, apoio, e compartilhamento de decisões e ações com a comunidade local. Entidades da saúde e educação que se reúnem em torno da Frente pela Vida propuseram para discussão o “Manifesto Ocupar Escolas, Salvar Vidas, Recriar a Educação” (2020), que aponta nesta direção.

Diante do enfrentamento ao coronavírus, e o descaso do governo federal, restam as redes de ensino público, os movimentos sociais e as comunidades, que poderiam conjuntamente exercer a autoproteção e autogestão de ações territorialmente referenciadas no acolhimento e cuidado às crianças e adolescentes.

Considerações finais

O cuidado à saúde mental em tempos de pandemia, sugere pensarmos que não apenas pessoas sob isolamento social estão sujeitas ao sofrimento, mas é necessário pensar que são vários grupos nesta condição: os trabalhadores que lidam diretamente no cuidado às pessoas enfermas, as pessoas acometidas pela doença seja leve ou grave, e aquelas obviamente submetidas ao isolamento social. Todos esses grupos em algum grau estão sujeitas a diferentes estados de angústia, medo, ansiedade, depressão. Estas são manifestações do sofrimento mental. No

contexto de uma crise sanitária da magnitude da pandemia, todas as pessoas têm algum grau de sofrimento mental, porque estão sempre em contato com o sofrimento, a dor e a morte, como encontros que produzem “paixões tristes” no corpo afetivo.

Medidas de proteção e apoio contribuem para criar possibilidades, ativar o desejo interior de produzir vida, novos mundos para si, como foi dito ao longo do texto. Isto criaria força de resistência para o enfrentamento da pandemia, mas não só, serve para criar uma vida para si. Significa ter práticas de acolhimento da pessoa, e atuar para que ela consiga produzir bons encontros no seu cotidiano, pensando sobre si mesma de forma autoanalítica, formulando perspectivas de futuro. São medidas que podem aumentar sua potência vital, e de ação no mundo. Isto certamente é altamente produtivo no sentido de reduzir o sofrimento e abrir possibilidade de enfrentamento das atuais adversidades.

Tomando por referência a clínica dos afetos (Franco & Galavotte, 2010), espaços de escuta, estabelecimento de vínculo, seguimento do cuidado, são importantes diretrizes, procurando sempre produzir protagonismo do usuário para o cuidado de si. A potência de produção de vida se manifesta nesta capacidade protagônica de compartilhar o ato de cuidar. “Cuidar de si é a condição para cuidar do outro” (Foucault, 2006), então todas as pessoas devem ser objeto do cuidado. Nos termos da teoria da afecção a linha que separa o cuidador de quem é cuidado desaparece, porque desde que se produza um bom encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, ambos terão sua potência aumentada pelos afetos deste encontro. Ou seja, ambos são cuidadores de si e do outro.

Notas

- i. Versão revista e ampliada do texto: Franco, Túlio Batista. O Cuidado à Saúde Mental em Tempos de Pandemia de Covid-19. Boletim SSRJ, edição 176, Ano. XLVIII. Rio de Janeiro, abril-junho de 2020. ISSN – 2179-6479.
- ii. Uma primeira versão deste texto foi publicada em: Cadê o mundo que estava aqui? - Coluna Re-existir na diferença | Semana On.

Referências

- Brooks, S. K et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395: 912–20.
- CEPEDISA/CONECTAS. (2021). Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. In: *Direitos na Pandemia*. Boletim No. 10: USP-São Paulo.
- CNTE - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. (2020). Manifesto: Ocupar a escolas, proteger pessoas, recriar a educação. 2020_10_26_manifesto_ocupar_escolas_proteger_pessoas_recriar_educa.pdf
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). *Mil Platôs (Capitalismo e Esquizofrenia)*, Editora 34, v. 3.
- Dos Santos, M. P. A. et al. (2020). População Negra e Covid-19: Reflexões sobre racismo e saúde. *Pandemia pela Covid-19. Estud. av.*, 34 (99). <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. Martins Fontes: São Paulo.
- Franco, T. B., & Galavotte, H. S. (2010). Em Busca da Clínica dos Afetos, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. Hucitec, São Paulo.
- Greenhalgh, T., & Koh, G. C. H. (2020). Car Josip. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. *BMJ*, 368. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m800>
- Guterres, A. (2020). UN chief calls for domestic violence ‘ceasefire’ amid ‘horrifying global surge’. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>.
- Hardt, M., & Negri, T. (2004). *Multitud: Guerra y democracia en la era del imperio*, Barcelona: Debate, 2004.
- Isumi, A. et al. (2020). Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. 110 (Pt 2):104680. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32847679/>
- Krenak, A. (2020). *O Amanhã não está à Venda*. Companhia das Letras: São Paulo.
- Latour, B. (2020). Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno. Ubu

Editora/Ateliê de Humanidades Editorial: São Paulo/Rio de Janeiro.

Lima, C. K. T. et al. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915.

Navarro, J. H. do N. et al. (2020). Necropolítica Da Pandemia Pela Covid-19 No Brasil: Quem Pode Morrer? Quem Está Morrendo? Quem Já Nasceu Para Ser Deixado Morrer?. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/901/1262/1322#:~:text=Diante%20dos%20dados%20estat%C3%ADsticos%20de,de%20estado%20e%20da%20necropol%C3%ADtica>.

Odd, D. et al. (2020). NCMD – National Child National Database. <https://www.ncmd.info/wp-content/uploads/2020/07/REF253-2020-NCMD-Summary-Report-on-Child-Suicide-July-2020.pdf>

OMS - Organização Mundial da Saúde. (2021). WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part. Joint WHO-China Study. Joint Report.

Spinosa, B. (2008). *Ética. Autêntica*: Belo Horizonte.

Walker, P. G. T. (2020). The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>

WHO - World Health Organization. (2020). Alto Comissariado de Direitos Humanos. Covid-19 e a Dimensão dos Direitos Humanos. <https://acnudh.org/pt-br/covid-19-e-a-dimensao-de-direitos-humanos/>

RETOMADA DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS E OS PROTOCOLOS DE BIOSSEGURANÇA DA COVID-19 – UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Mirian Ribeiro Conceição

Camilla Maia Franco

Rodrigo Alves Torres de Oliveria

Introdução

O enunciado de uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde, após a difusão da Covid-19 para diferentes países e mais de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, em 11 de março de 2020 (Fundação Oswaldo Cruz, 2020), mesmo que reproduzido cansativamente pelo imaginário do mundo dos filmes de ficção, instaurou um cenário mundial de insegurança inédito na contemporaneidade.

A propagação avassaladora do vírus escancara a face mais cruel dos processos da globalização, e como vem transformando profundamente a humanidade - os fluxos migratórios, a integração entre os mercados, a poluição e o aquecimento global, a facilidade de viajar com meios de transporte rápidos e de baixo custo, a quebra de fronteiras das comunicações, a Internet e as redes sociais - mas sobretudo a relação desta com a saúde, o perfil de saúde da comunidade e o perfil profissional dos trabalhadores da área da saúde (Labonté et al., 2011; Bauman, 1998; Kawachi & Wamala, 2007; Janes & Corbett, 2009; Ferla et al., 2015; Martino et al., 2014).

Neste contexto, a COVID-19 traz, emergencialmente, a centralidade de uma práxis biomédica, em uma corrida desenfreada dos sistemas de saúde para a construção de condições que respondam às demandas aos sistemas de saúde impostas pelo agravos da doença - hospitalares especializadas ou de alta especialização - fortemente centradas na atuação de médicos e enfermeiros, equipamentos. O vírus Sars-CoV-2, iluminado pelos refletores de microscópios, é a menor e única molécula RNA, pesquisada exaustivamente por toda comunidade

científica, responsável por uma marca indelével da história da humanidade e sobretudo da Saúde Pública.

Contudo, os seus efeitos da pandemia não possuem impacto somente na vida das pessoas acometidas, e tão rapidamente como o vírus se espalha e muta, atua na vida cotidiana de cada indivíduo e das comunidades. As medidas de mitigação da pandemia, implementadas pelos governos como principal estratégia de diminuição dos riscos de transmissão da Covid-19, apresentam às sociedades novos modos de viver e se relacionar. Dentre estes, o isolamento social e as medidas de *lockdown*, não apenas regularam a circulação das pessoas, mas determinaram novos modos de fazer o cotidiano da vida.

A restrição das atividades dos setores produtivos pela determinação do lockdown tem por um lado a possibilidade concreta de um “respiro” a um sistema sanitário colapsado pela Covid-19, por um outro o impacto na produção de bens, na diminuição da renda e aumento do desemprego sobretudo da população mais vulnerável. A paralisação de alguns setores, para reduzir a mobilidade das pessoas, é centralidade de muitas discussões tecidas por inversões sobre discurso de direitos. As descobertas científicas fornecem informações como uma avalanche para a sociedade, e o subterfúgio delas, misturadas com medo, o negacionismo da ciência, o desejo e ansiedade do retorno ao que chamamos na atualidade de ‘vida normal’ gera no tecido social a iminência do estado de exceção, enquanto dispositivo de atuação do Estado, no desenho de um novo paradigma de governo (Agamben, 2004).

Neste cenário, fazemos contagens e monitoramos indicadores para retorno da ‘vida normal’ - respiradores adquiridos, número de casos, internações e óbitos, vacinados, taxas de ocupação e pessoas na fila de espera por um leito de UTI. Paradoxalmente nos habituamos aos protocolos de biossegurança que permitiram o vislumbre da retomada gradual das atividades e o retorno a uma vida normal, tão rapidamente nos fez esquecer o quanto imersos estamos na pandemia. Os protocolos de prevenção da Covid-19 propagados em todo o mundo para viabilização da retomada gradual das atividades, passou a ser também gradualmente deixado de lado fortalecido por um imaginário de “fim da pandemia”.

Neste contexto, o principal instrumento para o real enfrentamento da pandemia é a informação. O conhecer amplia a possibilidade de escolhas

individuais e coletivas conscientes e embasadas na ciência e nas propostas dos protocolos de biossegurança. Portanto, o conhecer e praticar a avaliação dos riscos de transmissão, e a partir desta referência adaptar a contextos sanitários e sociais específicos e singulares, amplifica a eficiência e eficácia das orientações presentes nos protocolos.

Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, através de uma proposta pedagógica, fundamentada na construção de conhecimento por meio da aprendizagem significativa, de característica reflexiva (Ceccim, 2005; Haddad et al., 1994; Brasil, 2004), construiu e pactuou todos os protocolos de biossegurança para os setores econômicos do município na retomada das atividades presenciais. Tal proposta, apresenta -se como intercessora (Deleuze, 1992), sugerindo a perspectiva da interferência criativa nas relações de poder, caracterizando-se, deste modo, além de uma atividade técnica, uma atividade política (micropolítica). Este processo que propõe junto com a aprendizagem das técnicas e protocolos de cuidado individual e coletivo, sugere a construção de subjetividades, autonomia e reflexões críticas sobre o exercício da própria prática cotidiana, na retomada das atividades presenciais, pautadas no conhecimento sobre a avaliação dos riscos de transmissão do Sars-Cov-2. A este processo caracterizamos, por definição, uma questão ética (Rego et al., 2008).

Este texto visa discutir as estratégias utilizadas na construção de protocolos de biossegurança no município de Niterói, não apenas como ato normativo, mas como instrumento de diálogo, formação e pactuação das medidas de proteção contra Covid-19.

Diálogos como dispositivos de produção de implicações: O Plano de Transição para o “novo normal” do município de Niterói – Rio de Janeiro

O município de Niterói iniciou as estratégias de enfrentamento à pandemia Covid-19 precocemente. Ainda no fim de janeiro cria um Grupo de Resposta Rápida, com o objetivo de capacitar profissionais, monitorar e investigar casos da Covid-19, comprar insumos, reservar leitos e implementar medidas de prevenção. Em março, constituiu um Gabinete de Crise na Prefeitura de Niterói,

formado por diferentes secretarias. Este Gabinete coordenou o planejamento de estratégias para um plano de contingência, que abarcasse não apenas as medidas de prevenção e de cuidado aos agravos da infecção por Sars-Cov-2 e um programa de testagem massiva; mas também a mitigação dos seus efeitos sociais e econômicos, com ampliação e desenvolvimento de programas de apoio aos setores econômicos (Prefeitura de Niterói, 2020a; Conceição et al., 2020).

Os primeiros meses da pandemia no município, foram então, caracterizados por boa adesão da população ao isolamento social; a implementação de leitos para garantir o cuidado a demanda de agravos da Covid-19; e a testagem da população com índices superiores a 40/1000 habitantes. Houve também um forte investimento em medidas de mitigação com a implementação de auxílio financeiro emergencial, distribuição de cestas básicas, custeio e créditos para pequenas empresas, bem como incentivos para profissionais autônomos que foram impedidos de exercer seu trabalho, com base nas orientações e decretos da prefeitura (Conceição et al., 2020).

Neste cenário, a comunicação foi dispositivo político fundamental para a sensibilização da população, quanto à importância do seu envolvimento, e contribuição no enfrentamento da pandemia. Assim, também o planejamento da retomada das atividades, coordenadas pelo gabinete de crise, utilizou similares estratégias de construção do Plano de Transição para funcionamento das atividades da cidade, durante e posterior à pandemia (Prefeitura de Niterói, 2020b).

A constituição do plano foi organizada a partir de uma intensa revisão da literatura científica, documentos e relatórios dos processos de reabertura das atividades, em todo o planeta. Esta pesquisa tinha o objetivo de construção de mecanismos protocolares que pudessem embasar a análise e no monitoramento da pandemia, equalizar índices mais relevantes, como número de casos, à capacidade do sistema de saúde de responder às demandas. Informar a população de forma clara, a fim de se construir autonomia nas escolhas individuais orientadas para o coletivo.

A síntese dos indicadores em um índice de propagação do coronavírus é acessível e comunicável à população, pela representação por sinais/cores: situação de alerta era representada pela cor amarelo claro; alerta máxima por amarelo escuro, atenção máxima pela cor laranja, situação grave o vermelho e altíssimo risco o roxo. Este código associado ao protocolo orienta

o funcionamento presencial das atividades a partir de (re)adequações dos diferentes setores da sociedade.

Então, o entendimento de que as medidas de prevenção são adotadas no esforço coletivo da diminuição dos riscos de transmissibilidade, e na garantia de um processo de transição gradual das atividades, foi o cerne das ações orientadas pela prefeitura. Portanto, foi fundamental que empresários, trabalhadores, profissionais autônomos, munícipes pudessem compreender e realizar a avaliação de risco de sua própria atividade/ou ação.

Neste sentido, compartilhar e debater sobre os princípios da avaliação de risco para contaminação pela Covid-19, a partir da produções científicas, e a análise dos casos de infecção por todo o planeta, evidenciou três pontos-chaves para a avaliação dos riscos e para adaptação das atividades e ambientes: intensidade de contato, número de contatos e o potencial de modificação e de adaptação da atividade (Universidade Johns Hopkins, 2020; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020).

A simplicidade desta equação enquanto diretriz permite a disseminação de cuidados apropriados e protagonizados pelos atores sociais, bem como a adesão consciente às medidas de prevenção para a redução dos riscos de transmissibilidades.

A implementação do Plano de Transição foi, portanto, processo cuidadoso de construção de protocolos de prevenção, em colaboração com os diferentes setores da economia. A pactuação e orientações presenciais junto a cada segmento da vida da cidade, substituiu o ato normativo de fiscalização. O diálogo e estabelecimento das medidas adotadas coadunaram, como dito anteriormente, pesquisas científicas, documentos bases decretados do município e sobretudo o reconhecimento das sugestões de adequações do funcionamento das atividades, indicadas pelos próprios setores. A adoção desta parceria e compartilhamento criou campo comum de corresponsabilização, e se tornou dispositivo de implicação dos setores com relação às suas implementações.

A instituição do processo de pactuação com os diversos setores de atividades da cidade teve início nas semanas que precederam a retomada das atividades do setor. A partir do monitoramento dos indicadores da pandemia, e das projeções epidemiológicas, tinha-se como primeiro passo o recolhimento das solicitações e/ou proposições de protocolos feitas pelo próprio setor. Todo material apresentado era analisado, revisado à luz das especificações ou detalhamentos dos decretos publicados

no município, e das publicações científicas de análise dos casos que ocorreram em cenários/setores similares. O objetivo é criar coerência entre as medidas adotadas no município, e também deveriam fazer sentido para o próprio setor.

Por fim, ainda antes da publicação, em processo de debate e formação de profissionais dos diversos setores, eram realizadas reuniões online que, para além de apresentação dos documentos finais. Isto se configura como um processo de educação sobre as referências e informações utilizadas, as orientações mais adequadas, as adaptações necessárias para garantir maior segurança aos trabalhadores e clientes de cada setor, e esclarecimentos sobre dúvidas específicas. Esta proximidade e compartilhamento permitiu também que os protocolos fossem definidos, a partir da realidade do cenário de Niterói, possibilitando maior aplicabilidade e adesão dos respectivos segmentos.

Além dos diálogos online com representantes dos setores em processo de pactuação dos protocolos para retorno às atividades, foram realizadas visitas “in loco” logo após sua reabertura, para orientação presencial e com discussões com os próprios trabalhadores sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, higienização de mãos, distanciamento e higienização dos mobiliários, entre as adaptações necessárias das atividades para menores riscos de contaminação. Encontros estes que consolidavam ainda mais a implicação dos sujeitos com as orientações.

Algumas atividades de maior risco de transmissão da Covid-19 exigiram maior atenção por parte da equipe técnica da Secretaria de Saúde, e constituíram seus protocolos a partir de encontros e ciclos constantes de debates entre trabalhadores do segmento. Dentre estes, o contexto escolar exigiu especial atenção no que diz respeito aos impactos do isolamento social, e a função da escola na vida das crianças e adolescentes. A equação entre a essencialidade da educação, e as avaliações e classificação dos riscos da retomada das atividades presenciais do ambiente escolar, determinou uma complexidade que exigiu da gestão municipal, dos profissionais das instituições de ensino público e privado, e dos familiares, esforços coletivos e coordenados para elaboração de protocolos, que representassem um modo seguro para todos da comunidade escolar (Prefeitura de Niterói, 2020c).

Deste modo, o processo ocorreu em estreita parceria entre Educação e Saúde, e teve mesmo método de construção que os demais setores, porém com maior intensidade quanto a detalhamentos e debates sobre os diferentes

cenários, que compõem o ambiente escolar – o preparo e a oferta da merenda, o funcionamento da secretaria da escola, a chegada e saída de professores e alunos, a hora do intervalo, a sala de aula e entre outros.

Desagregar os diferentes ambientes que compõem as instituições de ensino favorecia tecer orientações, que pudessem abarcar a singularidade de cada atividade e com isso permitindo maior segurança. Este processo, portanto, apresentou como propulsão das discussões não apenas o conteúdo pedagógico formal, a ser transmitido nas atividades presenciais, mas a possibilidade de retomada das relações sociais de modo protegido, controlado e qualificando a interação interpessoal, por meio do fortalecimento dos vínculos entre professor-aluno, aluno-aluno, com o principal objetivo de promover o bem-estar físico e psíquico das crianças e adolescentes do município de Niterói (Prefeitura de Niterói, 2020c).

No planejamento e construção dos protocolos e ações para o retorno das atividades escolares presenciais em Niterói, reiteraram as principais orientações sobre as medidas de prevenção. Contudo, a multiplicidade de cenário vivenciado nos debates produzidos nos ciclos de encontro, corroborou com diretrizes a serem aplicadas em cada ambiente, instrumento metodológico para a construção de planos locais de biossegurança.

No entanto, a diversidade de ambiente e do público exigia também análise específica das condições epidemiológicas do setor, e mecanismos e estratégias que pudessem nortear tomadas de decisão rápida e assertiva para se evitar contaminações e surtos locais.

Então, na consolidação de um Sistema Único de Saúde de acesso universal, com a responsabilidade de coordenar as ações de vigilância em saúde e o cuidado no município, necessita de esforço adicional de enfrentamento a Covid-19, para garantir a segurança de toda comunidade escolar do município, independente se são usuários da rede pública ou privada. Criou-se sistema intersetorial de vigilância escolar, que estabeleceu fluxo específico para testagem e detecção de casos e monitoramento, a partir de cenários adscritos e de parcerias territoriais entre serviços de saúde e escolas, com indicadores de monitoramento para o ambiente escolar, dialogados com os índices gerais do município (Prefeitura de Niterói, 2020d).

Tal aposta justificou-se como instrumento adicional para garantir análise singular da rede escolar, e a celeridade no encadeamento de ações, possibilitando

responder prontamente às necessidades do percurso de reabertura, em um cenário delicado e sensível para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Além disso, o acompanhamento dos profissionais do setor educacional, dos alunos e familiares, garante orientações mais singularizadas, permitindo balizar as avaliações periódicas de segurança sanitária de todos para tomadas de decisões necessárias ao desenvolvimento das atividades presenciais.

A opção da construção dos protocolos, por meio do compartilhamento de saberes e experiência dos setores com o desenvolvimento das suas atividades, convoca ao protagonismo dos atores para implantação de medidas que garantam a biossegurança da atividade, não como ato normativo, mas como processo reflexivo e de implicação enquanto atores sociais e responsáveis pelo enfrentamento à Covid-19.

Considerações finais

O cenário da pandemia constitui-se em campo próprio para o exercício de biopolíticas, e possibilidades de gestão da vida pelo biopoder (Foucault, 2014).

O desconhecido, o medo, as angústias do homem e da mulher comum, perdidos na velocidade das informações da era global, na avalanche de notícias sobre este cenário, além da ameaça real com milhares de mortes pelos agravos da doença apresenta uma ameaça real cotidiana a vida, e a urgente e objetiva intervenção na ordenação dos corpos, nas relações sociais e na condução protocolar de ações e políticas. A metodologia de construção e implementação dos protocolos de prevenção e orientação à retomada das atividades no município de Niterói, trouxe à luz o protagonismo dos sujeitos como centralidade das estratégias de enfrentamento, com atuação no campo da micropolítica, a partir de percursos de aprendizados significativos, do fortalecimento e implicação do coletivo.

O que se busca em Niterói com o método de construção compartilhada dos protocolos, que orientam as ações de proteção durante a pandemia de Covid-19, é claramente uma política de defesa da vida. Isto supõe potencializar os coletivos dos diversos setores de atividades na cidade, fazer uma aposta de que todas e todos constroem juntos suas defesas, e a própria cidade. Aposta-se na relação estreita, no vínculo, e ativismo das comunidades na autogestão das suas vidas. Esta é a melhor forma de cuidar e enfrentar a pandemia.

Referências

- Agaben, G. (2004). Estado de exceção. Trad. Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo.
- Bauman, Z. (1998). Globalization. The Human Consequences. Cambridge-Oxford: Polity Press-Blackwell Publishers Ltd.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde, Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde, Brasília.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ., 16 (9), 161-168.
- Conceição, M. R.; Freire, R. P.; Macario, F. C.; Oliveira, R. A. T., Franco, C. M. (2020). Covid-19 – um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. Saúde Debate: Rio De Janeiro, 44 (N. especial 4), 281-292.
- Deleuze, G. (1992). Os intercessores. Em: Conversações (1972-1990). Rio de Janeiro: Ed 34.
- Ferla, A., Stefanini, A., & Martino, A. (2015). Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia, Editora Rede Unida, Porto Alegre.
- Foucault, M. (2014). Microfísica do poder. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia. 11 de março de 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz [internet]. <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/organizacao-mundial-da-saude-declara-novo-coronavirus-uma-pandemia11032020>.
- Haddad, J. Q., Roschke, M. A. C., & Davini, M. C. (1994). Educacion permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, 247p.
- Janes, C. R., & Corbett, K. K. (2009). Anthropology and global health. Annu. Rev. Anthropol, 38: 167–183.
- Kawachi, I, & Wamala, S. P. (2007). Globalization and health. Oxford: Oxford University Press.
- Labonté, R., Mohindra, K., & Schrecker, T. (2011). The growing impact of globalization for health and public health practice Annu. Rev. Public Health, 32, 263–283.
- Martino, A., Marta, B. L., Guimarães, C. F., Canini, A., Riccio, M., Donato, A., Guzzetta,

A., Tonelli, L., & Cavalleri, E. (2014). Processos Globais, Contextos Locais: Extensão Comunitária, Territórios em Transformação e Formação em Saúde. Com-Unidade: Experiências Extensionistas. São Paulo: Unifesp, 58-72.

OMS - Organização Mundial da Saúde. (2020). Covid 19 – Estratégia Atualização. OMS.

Prefeitura de Niterói. (2020a). Decreto Municipal DECRETO Nº 13.505/2020. Cria Gabinete de Crise para centralizar a tomada de decisões, integrar e alinhar as iniciativas do Município na prevenção e assistência à população em relação à disseminação do vírus COVID-19 no Município de Niterói e dá outras providências. Rio de Janeiro: Niterói. [internet]. <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1350/13505/decreto-n-13505-2020-cria-gabinete-de-crise-para-centralizar-a-tomada-de-decisoes-integrar-e-alinhar-as-iniciativas-do-municipio-na-prevencao-e-assistencia-a-populacao-em-relacao-a-disseminacao-do-virus-covid-19-no-municipio-de-niteroi-e-da-outras-providencias>.

Prefeitura de Niterói. (2020b). Decreto nº 13.604/2020. Institui o Plano de Transição Gradual para o Novo Normal – Distanciamento Responsável para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Município de Niterói. Rio de Janeiro: Niterói. [internet]. <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1361/13604/decreto-n-13604-2020-institui-o-plano-de-transicao-gradual-para-o-novo-normal-distanciamento-responsavel-para-fins-de-prevencao-e-de-enfrentamento-a-epidemia-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19-no-ambito-do-municipio-de-niteroi>

Prefeitura de Niterói. (2020c). SEMECT/FME/SMS. Diretrizes para a construção dos planos locais de retorno às atividades presenciais da educação municipal de Niterói: cuidar de si, do outro e do ambiente em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Educação Ciência e Tecnologia de Niterói.

Prefeitura de Niterói. (2020d). SEMECT/FME/SMS. Diretrizes para sistema de vigilância escolar – monitoramento do retorno às atividades da educação de Niterói. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Educação Ciência e Tecnologia de Niterói.

Rego, S. et al. (2008), Bioética e humanização como temas transversais na formação médica, Rev. bras. educ. med., 32 (4), 482-491.

Universidade Johns Hopkins. (2020). Princípios de Saúde Pública para uma Reabertura faseada durante a COVID 19: orientação para os governadores. Universidade Johns Hopkins: EUA.

EU VOU DIZER POR QUE O MUNDO É ASSIM: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Daniely Quintão Fagundes

Eu vou dizer porque o mundo é assim, poderia ser melhor, mas ele é tão ruim, tempos difíceis, está difícil viver, procuramos um motivo vivo, mas ninguém sabe dizer... tempos difíceis (Racionais MC's, 1990).

Mensagem de introdução de desesperança? Não, esta é uma estrofe de uma música dos Racionais MC's (Album Holocausto Urbano, 1990), utilizada por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) em uma de suas experiências de educação popular em saúde, como forma de se aproximar da realidade dos jovens da comunidade em que atua, e como forma de reconhecimento mediatizado pela arte.

Este relato por si é uma imagem do cotidiano da saúde colocada em análise por meio de uma experiência de educação em saúde com ACS's em tempos difíceis, tempo esse de uma pandemia mundial de Covid-19, que assola o mundo desde 2020. Assim como a música que não foi utilizada no contexto da desesperança, a vivência empreendida também se coloca nesse lugar de encontro e reconhecimento do que é comum, e possível de ser conectado quando a situação em que se vive é de grandes rupturas.

Dessa forma, o presente texto tem por objetivo apresentar do micro para o macro e do macro para o micro em uma espiral de reflexões, uma experiência de educação popular em saúde realizada no município de Niterói com ACS's no período da pandemia de Covid-19. Foi utilizada a ferramenta Google Meet® para os encontros virtuais. Tal vivência ocorreu numa perspectiva emancipatória e dialógica entre os meses de outubro a dezembro de 2020, em um total de 8 encontros online com a participação de ACS's, que já haviam feito cursos presenciais no campo da educação popular, alunos de graduação, pós-graduação e integrantes da Gestão da Saúde do Município.

O desafio colocado em questão inicialmente foi o seguinte: em um período de distanciamento físico e social, como encontrar um meio de aproximação entre as pessoas, n caso, trabalhadores de saúde, de forma a trabalhar temáticas do cotidiano de interesse para os participantes dos encontros, de maneira compartilhada, em um contexto de total sobrecarga de trabalho, acesso ainda escasso a recursos de informática e internet, entremeados pela pandemia e pelo medo. Ou seja, nos propomos enquanto grupo a construir uma proposta de encontro e troca de experiências, no momento que por si só atua de forma a fragmentar ainda mais ações e relações.

A situação atual de um ponto de vista existencial, é o cerne de um processo de descodificação da realidade, que conforme a proposição de Paulo Freire (1972) permite a análise, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. E o uso do trecho “eu vou dizer porque o mundo é assim”, ou, a garantia para trabalhadores e trabalhadoras da saúde de um espaço de debates, reflexões e diálogos, representam um ideal propositalmente distanciado da neutralidade. Permite num momento de pandemia onde há algo preso nas gargantas das pessoas nos silenciando ainda mais, é que se faz possível via educação popular na saúde existir humanamente, pois

existir humanamente é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes e passa a exigir deles um novo pronunciar, pois não é no silêncio que homens e mulheres se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão (Freire, 1972).

Educação em saúde em atravessamentos da pandemia

Pensar a educação em saúde no Brasil nos remete a pensar na forma como historicamente ela vem sendo realizada por meio de abordagens autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as comunidade e grupos populares muitas vezes eram e ainda são vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (Vasconcelos, 2001).

Na mesma perspectiva a própria formação dos profissionais da saúde, segundo Franco (2007) apesar de receberem grandes investimentos e esforços para

que estejam alinhadas aos princípios dos SUS, na maioria das vezes prevalecem as práticas educacionais que operam com base em relações hierárquicas, individuais, fragmentadas, sem espaço para inventividade, criação e participação popular.

Há um senso comum de não reconhecimento dos saberes gerados com base nas vivências cotidianas de profissionais e usuários do SUS, sempre colocados numa posição passiva para a recepção de conhecimentos, “transferidos” aos moldes do que Paulo Freire chamou de Educação Bancária (1967). Nela os ditos “alunos” recebem o mundo, e cabe à educação apassivá-los mais ainda e adaptá-los. Quanto mais adaptados, tanto mais “educados”, e “adequados” ao mundo.

A existência desse modelo estruturante da educação é um campo fértil para todo tipo de ideias que suportam e mantêm o status da marginalização das pessoas, fazendo-as seres para o outro. E no contexto atual da pandemia se faz acreditar, e necessitar se expor a todo custo a um vírus mortal na intenção de fazer manter a economia, que suporta “esses outros”. Acontece que em menos há 5 anos, desde o impeachment da Presidenta Dilma, a política econômica neoliberal que se implantou então, operou para que milhares de pessoas ultrapassassem a linha da miséria, enquanto uns poucos multiplicaram seus patrimônios bilionários. A Pandemia não é a responsável pelo atual estado de desemprego e miséria de parte do povo brasileiro.

A pandemia de coronavírus teve um enorme impacto nas vidas de indivíduos e comunidades em todo mundo, sendo que em setembro de 2021 o Brasil se aproxima de 600 mil pessoas mortas pela COVID-19, registrou mais de 20 milhões de casos, num contexto político comandado pelas grandes autoridades do país, que propagaram o negacionismo, e atuaram para maior disseminação de informações falsas em relação ao vírus e à doença. Tudo isto somado à estrutura opressora e marginalizante da sociedade, instrumentalizada pelos moldes de educação hierárquicos, e adotados nesse contexto de maneira por vezes coercitiva e desligada do processo de reflexão, faz com que o país ganhe o “top” mundial no número de mortes e casos.

O que se vê nesse contexto atípico do ponto de vista da pandemia, mas recorrente e banalizado mediante a conformação dessa sociedade que perpetua a pedagogia da opressão na visão de Paulo Freire (1967), são pessoas simples constrangidas, oprimidas, convertidas em espectadoras, dirigidas pelo poder dos

mitos que forças sociais poderosas criam, e que voltando-se contra essas próprias pessoas, as destroem e aniquilam.

Claramente e sem pudor ouvimos o governo federal propagar a todo tempo que a Covid-19 “não passa de uma gripezinha”, prescrever medicamentos ineficazes e altamente tóxicos como a cloroquina, a ivermectina, e tantos outros sempre repaginados de modo a deixar para o povo as piores experiências nesta crise sanitária. E assim, nos aproximando de uma visão micro dentro dos territórios é possível enxergar essa trama totalmente capilarizada, ao ponto de que em nossos debates por meio do grupo de educação, constituem uma das problemáticas levantadas por alguns ACS's. É relevante o impacto que tais informações, a chamadas “Fake News” tem sobre o trabalho cotidiano do Agente Comunitário, conforme podemos observar em uma das falas:

Nós temos ido para as ruas trabalhar com a questão do medo e também dos mitos. O mito de “se eu tomar uma cachaça mata o vírus que fica na garganta”, o mito do “atleta”. Após a constitucionalização do mito do “atleta” vinculada pelo presidente, surgiram vários “atletas” na comunidade. São formas de reduzir a importância do vírus, são modos negacionistas. O ACS é uma sentinela, nós trabalhamos com educação em saúde, e neste momento de pandemia estamos indo para as ruas levar informações para a população e combatendo os “mitos” (Agente Comunitário de Saúde).

Dessa forma, do ponto de vista da organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde no período de pandemia, fica evidente a necessidade ampla por reforçar os atributos que a regem, como a proximidade das pessoas e comunidades, vínculo, competência cultural, orientação familiar e comunitária como forma de ampliação das potencialidades de cada território no enfrentamento ao coronavírus. Nesse contexto, o ACS como educador em saúde, possui a árdua tarefa de contribuir com reflexões junto às iniciativas populares, sociais e do campo da saúde, no enfrentamento às situações que a pandemia traz, assim como de coletar, conhecer, sistematizar e traduzir as angústias e as dúvidas da população neste cenário (Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa [ANAPED], 2020).

Todavia, é fundamental que todos os esforços empreendidos por Agentes Comunitários, Educadores populares e da saúde junto às populações, sejam adequadamente conduzidos para a produção de soluções para e com o povo, e aí que a educação popular e emancipadora se faz um importante instrumento de enfrentamento às dificuldades que estão colocadas. As principais são a boa e assertiva orientação, proteção, e potencializar as pessoas no território, para a autogestão da vida individual e comunitária, diante da pandemia.

As respostas aos surtos de ebola em 2014-2015 demonstraram a importância do envolvimento significativo da comunidade, a longo prazo para um gerenciamento bem-sucedido de surtos de doenças infecciosas. Faz-se necessário não apenas repassar informações sobre prevenção, mas é preciso envolver os líderes comunitários como um canal para alcançar uma comunicação eficaz, compreender os costumes, crenças, conhecimentos e práticas locais, de modo com que toda a comunidade esteja envolvida no objetivo comum de vencer a pandemia.

O processo de silenciamento das pessoas marginalizadas durante a pandemia, não tem sido exclusivo no Brasil. Países que notadamente conseguiram uma boa resposta frente a pandemia como a Nova Zelândia e Austrália, tiveram períodos de controle bem-sucedidos seguidos por surtos comunitários da Covid-19, que se aceleraram mais rapidamente entre comunidades pobres vivendo em moradias de baixa qualidade, superlotadas, sem acesso a saneamento adequado, distantes das ações de educação pública. Segundo Nutbeam (2021) essas situações levaram a um debate público considerável sobre as condições sociais e controle da infecção, que não pode ser feito sem justiça social para grupos marginalizados.

É importante destacar que se por um lado apontamos inicialmente para uma visão fatalista, em que historicamente os mecanismos de opressão e produção de adoecimentos diversos, dentre eles o promovido pela pandemia do coronavírus vem sempre se repetindo, e se perpetuando, por outro lado no campo da micropolítica operam diariamente resistências. Resistências essas como tomamos por referencial teórico para este trabalho a própria experiência de Paulo Freire (1970) ao alfabetizar 300 cortadores de cana-de-açúcar em 45 dias em 1963, e que inspira inúmeras outras resistências que se tecem em locais muitas vezes invisíveis, mas que operam permitindo às pessoas pronunciar o mundo para si, e não mais para eles. Eu vou dizer por que o mundo é assim... é um inédito viável.

A proposta da educação popular em saúde em ambiente online no período da pandemia

No princípio da pandemia, muito se falou que o mundo parou, e em muitos aspectos isso se fez como a paradas das atividades em escolas e universidades, suspensão de grupos educativos na saúde, cancelamento de consultas e orientações à saúde, de cuidado longitudinal aos crônicos, o silenciamento de vozes, e amplificação do medo. Tudo isso lançado em um mar de incertezas frente ao futuro, num momento já delicado e de aprofundamento das desigualdades no cenário do Brasil.

Do ponto de vista das atividades em que o nosso grupo de pesquisas vinha trabalhando no início de 2020 tínhamos a perspectiva de dar continuidade a um trabalho de cuidados intermediários (Franco et al., 2020), em parceria com a Itália e o Município de Niterói. Com este projeto planejávamos dar continuidade a uma pesquisa emancipatória com ACS's, como parte desta parceria internacional, e que já havia sido iniciada em 2019. Entretanto, com o avanço da pandemia, nossos planos também sofreram uma interrupção, e seguimos enquanto grupo de estudos da micropolítica e subjetividades, estudando em conjunto semanalmente via encontros online durante todo o primeiro semestre de 2020. Ao final dessa rodada de encontros, de oportunidades de fala e a análise da situação presente, reflexões e críticas da mesma, em conjunto, ressignificamos nossa pesquisa emancipatória para a recriação do espaço que anteriormente era físico, com encontros semanais. Criamos um espaço de encontros online com o mesmo grupo de pessoas que nos acompanhou na primeira etapa do projeto, porém agora com a possibilidade e abertura de falar sobre os impactos que o coronavírus vinha trazendo para aqueles trabalhadores da saúde, e em como seus serviços e eles mesmo estavam se organizando frente as novas demandas.

Foi assim que nasceu uma continuidade, uma “linha de fuga” que ressignificou o silenciamento, e trouxe falas, narrativas, o território e trabalho de cuidado para um rico encontro de trocas, análise e autoanálise dos processos vividos pelos ACS's na pandemia. O projeto intitulado: Educação em Saúde no cuidado às pessoas com doenças crônicas em período de pandemia de Covid-19: uma pesquisa emancipatória. Tal iniciativa, se institui numa aposta sem certezas se seria possível

fortalecer vínculos e proporcionar vozes em ambiente online, ao mesmo tempo em que também se expressa como a urgência por oportunizar as expressões, as vivências, e a qualificação dos serviços sem admitir que a migração para a internet representasse para nós o novo normal, mas um ato próprio de resistência.

A pesquisa emancipatória

Embora a proposição dos encontros online encontre a barreira do distanciamento físico, da mesma forma como ocorreria presencialmente, ela precisa se pautar sempre pelo protagonismo das pessoas que dela participam. Além disso, outros objetivos precisam ser cumpridos no planejamento dos grupos para que eles possam acontecer de maneira inclusiva e interativa: 1. Facilitar o acesso; 2. Contratualização e gestão compartilhada; 3. Uso de metodologias ativas e recursos como a arte como elementos disparadores; 4. Aperfeiçoamento de práticas e resolução de problemas como objetivos finais.

Nesse movimento acionamos a rede de ACS's que já havia se formado anteriormente, e pactuamos junto à Prefeitura de Niterói o apoio para a participação destes profissionais para acesso ao computador ou celular em casa, ou mesmo nas suas unidades de trabalho, o que se fez possível através de dois princípios das pesquisas emancipatórias que adotamos na realização destes encontros: a contratualização aberta das ações juntos aos participantes, e o estímulo a gestão compartilhada, conforme propõe Morin (2004).

Desse modo o grupo que se formou decidiu em conjunto aspectos de funcionamento dos encontros como tempo, quantidade de participantes, duração e temas possíveis de serem trabalhados, e no desenrolar do processo as necessidades que se apresentaram durante seu trabalho na pandemia. Muitas delas não imaginadas no início da crise sanitária, e iam sendo englobadas dentro do espaço de reflexões, sempre motivadas pelos acontecimentos do cotidiano de cada pessoa envolvida. Tal proposição dentro da perspectiva da educação popular em saúde permite o acesso avançado ao debate, de temas emergentes da prática, e que necessitam de acolhimento no diálogo para serem resolvidos.

O uso das metodologias ativas e de problemáticas diretamente ligadas à realidade dos participantes visa uma aproximação que ultrapassa o ideal da ciência

tradicional, que de acordo com a ANAPED (2020), não tem conseguido orientar a produção dos modos de viver daqueles que tem que diariamente se reinventar para sobreviver, ao passo em que a ciência dura e tecnológica avança a passos largos, porém estando reservada a pequenos grupos de pessoas historicamente privilegiadas.

Assim por meio do diálogo, percebe-se que na emergência de uma pandemia que se transmite pelo contato de gotículas ou aerossóis com as vias respiratórias, no elo mais próximo das comunidades chegou-se a discutir se o ACS deveria ou não usar máscaras, no contexto de que em 2020 o conhecimento científico sobre a eficácia delas já era amplamente conhecido na comunidade acadêmica. Assim, dada esta distância entre a produção de conhecimento técnico e a apropriação dos mesmos pela população em geral, se torna compreensível porque apenas a imposição de normas sobre usar máscaras, lavar as mãos ou fazer distanciamento físico, não faz sentido para quem já acordou há muito tempo e coloca as cidades para funcionarem, enquanto uns poucos ainda estão dormindo.

Então como forma de explorar as potencialidades e as dificuldades encontradas nas comunidades de cada um dos participantes, a cada encontro foi introduzido e disparado por meio de recursos didáticos, como a contação de casos reais das vivências do ACS, no cotidiano produzido pela pandemia. Utilizamos poesias e vídeos explorando sentimentos sobre o atual momento, e fizemos uma exposição de imagens dinâmica, onde cada participante trouxe imagens que representassem suas comunidades com seus pontos fortes e seus desafios. O uso desses recursos possibilitou com que houvesse uma intensa troca de experiências, formulação de problemas, e construção conjunta de ideias e soluções práticas para inúmeras questões colocadas em debate.

E o resultado mais claro de como esse tipo de intervenção ligada a vida e a construção do sujeito como um ser que entende a sua história, e o mundo ao redor de si é a fala de um do ACS que diz:

Já trabalhei de tudo nessa vida antes de ser Agente Comunitário, e trabalhar nessa função veio no começo porque eu precisava trabalhar, mas depois que eu entendi o que era ser agente comunitário que eu passei a identificar as demandas e os fatores sociais da minha própria comunidade, eu passei a ter orgulho da minha profissão, e o trabalho se tornou gratificante para mim, é na minha equipe que

eu me encontrei, uma equipe comprometida que me ensinou muito e hoje eu vejo a sociedade de outro jeito (Agente Comunitário de Saúde-Niterói).

Em relação ao aperfeiçoamento de práticas, da mesma forma como o grupo de pesquisa de micropolítica que precisou se reinventar em meio a pandemia, os agentes comunitários viram suas rotinas totalmente perdidas em meio ao caos, muitos deixaram de fazer suas rotinas fisicamente nas comunidades, e passaram a trabalhar em outros setores, deslocados de suas funções tentando agregar forças para combater o desconhecido. Em outros locais houve parada completa dos atendimentos de cuidado em saúde aos grupos prioritários e aos crônicos, e até hoje as atividades de educação em saúde conduzidas pelos ACS não retornaram na maioria dos locais.

Assim diante dessa multiplicidade de desafios, alguns criaram seus próprios canais de comunicação virtual com a comunidade via WhatsApp pessoal e business, a fim de facilitar o acesso da população a informações, resultados de exames, marcações de consultas, num contexto em que no âmbito municipal, não havia uma política instituída de telecuidado e monitoramento, nem ferramentas essenciais necessárias. A solução criada pelo ACS então foi uma grande descoberta e acendeu para novas possibilidades anteriormente desconhecidas pelo grupo, e direcionou a gestão para a necessidade de aperfeiçoamento dessa nova forma de cuidado na saúde de tamanha relevância no momento da pandemia.

Por meio dessa experiência utilizando recursos mínimos e baratos foi possível conduzir um grupo de educação popular em saúde, pautado pelo acesso facilitado às tecnologias, com a construção e gestão compartilhada do grupo, agenciado pelo uso de metodologias ativas e de experiências advindas do trabalho no território, que serve como elemento de disparo para questões outrora invisíveis, mas que ao longo dos encontros vão se tornando perceptíveis e objeto de atuação e transformação.

Considerações finais

“Eu vou dizer porque o mundo é assim”, nos faz perceber a feiura existente no mundo, mas ao mesmo tempo o ato de dizer é ação, é saída da inércia, é

perceber o lugar que nos cerca, é ver, ouvir e sentir o mundo, certos de que vivemos “tempos difíceis, está difícil viver”, mas por outro lado em diálogo encontramos motivos e explicações, encontramos nós a serem desatados para acessar lugares e tempos antes inimagináveis.

Assim, dizer por que o mundo é assim em tempos de pandemia, por mais mirabolante que pareça ser e exigir como resposta, é um quefazer pautado naquilo que os invisíveis vêm fazendo há anos, resistindo com os seus e encontrando soluções comunitárias locais. É fazer acontecer a educação popular que há anos se pratica.

Nada disso é novo, assim como os mecanismos de aniquilação também não são. Se eles se aperfeiçoam, nós, o povo, nos aperfeiçoaremos também, FALAREMOS, ampliaremos nosso arsenal de dispositivos de ação para fazer fluir a beleza da vida.

Os Agentes Comunitários de Saúde demonstraram uma grande capacidade de inventar novos modos de cuidar, contando com as limitações impostas pela pandemia de Covid-19. Uma situação em que era arriscado transitar pelo território, acompanhar as pessoas e famílias nas comunidades, orientar quanto ao autocuidado, agendamento de exames, e outros processos em curso, eles criaram a possibilidade de acesso remoto aos usuários do seu território, e através do aplicativo no celular, continuaram mantendo contato assíduo com a comunidade. Assim, puderam informar e orientar em relação aos cuidados de proteção frente ao novo coronavírus. Mantiveram algumas rotinas de cuidado, e até mesmo fazer leitura de exames, com orientação sobre o que fazer, foi possível.

A pesquisa emancipatória se mostrou uma ferramenta extremamente potente para produzir narrativas do trabalho cotidiano, criar um espaço de trocas, análise e autoanálise do processo de trabalho no cotidiano dos serviços. A produção de dados e análises foram feitas de forma compartilhada, considerando assim que os ACS's são também pesquisadores, porque produzem os dados, a partir da sua percepção da realidade e experiências que vivenciam. As comunidades têm um grande potencial criativo, e é com ele que inventaram, de forma solidária, engenhosa, e contando com a generosidade, soluções de continuidade do cuidado, na situação mais difícil que já encontraram no seu trabalho.

Referências

- ANAPED - Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa. (2020). Educação popular em tempos de pandemia: todas as certezas são provisórias. Rio de Janeiro: ANPED.
- Freire, P. (1967). Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- Freire, P. (1972). Pedagogia do oprimido. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Hale, C. (2018). Reclaiming 'Chronic Illness': An introduction to the Chronic Illness Inclusion Project. Centre for Welfare Reform, Sheffield. <https://www.centreforwelfarereform.org/>
- Lima, T. S. (1996). O dois e seu múltiplo: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia Tupi. *Mana*, Rio de Janeiro, 2 (2), pp. 21-47.
- Morin, A. (2004). Pesquisa-ação Integral e Sistêmica- uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A.
- Nutbeam, D. (2021). O papel vital do envolvimento significativo da comunidade na resposta à pandemia COVID-19. *Public Health Res Pract.*, 31 (1): e3112101.
- Vasconcelos, E. M. (2001). Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos, E. M. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec.
- Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2 (2), pp. 115-144.

AUTORAS E AUTORES

Álvaro Palha. (UNAMA) formado com bolsa integral do PROUNI, especialista em saúde indígena (UNIFESP), mestrando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS/UFF). Atua com gestão de serviços de saúde, consultor nas áreas de saúde pública e política indigenista.

Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira. Graduada em psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Camilla Maia Franco. Psicóloga e Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ e Especialista em Apoio Institucional a Serviços de Saúde pela UNICAMP. Atua como Subsecretária de Saúde do Município de Niterói – RJ.

Daniely Quintão Fagundes. Mestra em Saúde Coletiva (UFES, 2015), graduada em odontologia (UFES, 2013), e atualmente é aluna do curso de graduação em Medicina pela UFF. Tem experiência em pesquisas qualitativas no campo da educação popular em saúde, e na pesquisa-ação de base Freiriana.

Delba Machado Barros. Psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Especialista em Saúde Mental pela UFRJ, Educação em Saúde Pública pela UFF e Gerência de Unidades de Saúde pela ENSP/Fiocruz. Coordenadora de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ.

Federico Villegas Cardona. Médico graduado pela Universidade Tecnológica de Pereira, Colômbia. Estudante no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Membro da Rede Unida.

Fernanda Dos Santos Mendes. Povo Terena Aldeia Ipegue - Aquidauana MS. Graduada em Psicologia pela UFSCAR, Pós-graduação Rede de Atenção Psicossocial. Atuante como Psicóloga Pólo Base Aquidauana/ SESAI.

Fernanda Pereira de Paula Freitas. Médica e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética e Saúde Coletiva - PPBGIOs. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Acupuntura, e Clínica da Dor. Professora assistente do curso de medicina da UFRJ - Campus Macaé.

Helvo Slomp Junior. Médico e doutor em medicina. Pós-Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Especialista em Gestão da Clínica com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde e em formação integrada multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. Professor adjunto do curso de medicina na UFRJ-Macaé.

Herbert Tadeu de Matos Junior. Psicólogo, especialista em saúde mental, mestre em psicologia – psicologia, sociedade e saúde (UFPA), atualmente doutorando em saúde coletiva no Programa de Pós-Graduação em Ética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal Fluminense.

Isabela Tavares Amaral. Enfermeira e Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS-UERJ) em Política, Planejamento e Administração em Saúde. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela UFF. Especialista em Saúde da Família. Professora do curso de Enfermagem da UFRJ-Macaé.

Mayara Cristina Villela Santos. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Tem experiência no campo de educação popular em saúde. Atualmente atua no projeto social de ambulatório de psiquiatria Infante-Juvenil e como estagiária na Atenção Primária à Saúde.

Milena da Paixão Gonçalves Viana. Enfermeira pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Saúde Coletiva pelo ISECENSA, em Saúde da Família pela UERJ, em Enfermagem do Trabalho pela FAMESC. Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família de Quissamã/RJ.

Mirani Cristina de Barros. Nutricionista pela UFRJ e Mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ). Experiência em Saúde Pública e Segurança Alimentar e Nutricional. Pesquisadora no campo dos Fat Studies sobre gestão das corporalidades gordas contexto da política de combate à obesidade.

Mírian Ribeiro Conceição. Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia (IP-USP), Especialista em Docência na Saúde (UFRGS), Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), e em História, Cultura e Políticas Globais em cotutela com a Universidade de Bolonha – Itália. Gerente de Atenção Psicossocial da Fundação Estatal de Saúde de Niterói – RJ.

Nádia Duarte Marini. Nádia Duarte Marini, psicóloga (UNESP Bauru-SP), aprimoramento em psicologia clínica e saúde mental pela (FAMEMA Marília-SP), mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental (Universidade NOVA de Lisboa). Atuante na área humanitária e de Psicologia das Emergências e Desastres.

Patrícia Figueiredo Machado Leotério. Agente Comunitária de Saúde da Prefeitura Municipal de Quissamã/RJ. Ensino médio completo. Cursos: Agente Comunitário de Saúde (Ensino Nacional); Crack, álcool e outras drogas (Observatório do Cuidado); EdPopSUS (Fiocruz); Amamenta e alimenta Brasil (UFSC).

Pedro Victorino Carvalho de Souza. Psicólogo. Subsecretário de Economia Solidária do município de Maricá. Mestrando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva-UFF.

Rebeca Azevedo Machado Pinto. Psicóloga. Secretária de Economia Solidária do município de Maricá, RJ. Mestranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social no Instituto de Psicologia-UFRJ.

Rodrigo Torres Alves Oliveira. Médico Sanitarista, Secretário Municipal de Saúde de Niterói - RJ e Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, COSEMS-RJ.

Suzana Almeida Pinheiro da Silva. Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde Coletiva, nos Moldes de Residência pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Quissamã/RJ.

Túlio Batista Franco. Psicólogo, mestre e doutor em saúde coletiva pela Unicamp, pós-doutor pela Universidade de Bolonha-Itália. Professor e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da UFF. Participa do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva. Líder do Observatório de Redes de Cuidado, UFF/CNPq.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

Autorias

Álvaro Pinto Palha Junior
Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira
Camilla Maia Franco
Daniely Quintão Fagundes
Delba Machado Barros
Federico Villegas Cardona
Fernanda dos Santos Mendes
Fernanda Pereira de Paula Freitas
Helvo Slomp Junior
Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior
Isabela Tavares Amaral
Mayara Cristina Villela Santos
Milena da Paixão Gonçalves Viana
Mirani Cristina de Barros
Mirian Ribeiro Conceição
Nádia Duarte Marini
Patrícia Figueiredo Machado Leotério
Pedro Victorino Carvalho de Souza
Rebeca Azevedo Machado Pinto
Rodrigo Alves Torres de Oliveira
Suzana Almeida Pinheiro da Silva
Túlio Batista Franco



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-52-5



9 788554 329525