

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19

a experiência da residência
multiprofissional em saúde da família

Mirna Barros Teixeira
Ana Laura Brandão
Angela Oliveira Casanova

ORGANIZADORAS



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 das 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



ORGANIZADORAS

Mirna Barros Teixeira
Ana Laura Brandão
Angela Oliveira Casanova

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19

a experiência da residência multiprofissional em saúde da família

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;
Àngel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – 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

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Johann Heys

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

B817s Teixeira, Mirna Barros, Brandão, Ana Laura; Casanova, Angela Oliveira (org.).

Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família / Organizadoras: Mirna Barros Teixeira, Ana Laura Brandão e Angela Casanova. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022.

189 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 25).

E-book: 2.50 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-75-4

DOI: 10.18310/9788554329754

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Covid-19. 3. Educação Permanente. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título. II. Assunto. III. Organizadoras.

CDD 610.6:303.485

22-30180127

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





Prefácio

Este e-book inaugura um projeto bastante encantador, uma parceria dos residentes com professores, orientadores e tutores, no sentido de registrarem e, ao mesmo tempo, refletirem sobre a experiência conjunta da formação no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública. Todo nosso entusiasmo tem duas razões: particularmente, consideramos a formação em residência um dos projetos mais consistentes em termos metodológicos porque articula de maneira bastante explícita teoria e prática, componente seminal para formação em saúde, dada a natureza aplicada do campo; o segundo interesse é motivado pela ousadia dos autores ao relatar suas experiências, conjugando doses de reflexão teórica e de subjetividade frente ao mercado editorial científico, que oferece poucas chances para divulgação de obras com conteúdo de natureza similar. Nesse sentido, todo nosso júbilo com as páginas que se seguem se deve ao fato de encarar esta obra como um projeto de resistência, que dá voz àqueles que grupos hegemônicos insistem em querer calar.

Evidente que não se trata de relatos intimistas, embora a subjetividade emprestada ao texto se mostra substancialmente presente. A ideia não é servir de modelos aos outros, mas de inspiração para intercambiar práticas e saberes ao mesmo tempo em que cria uma memória do trabalho em saúde na perspectiva daqueles que estão em processo de formação. E nessa perspectiva, o e-book é também uma homenagem, não aos seus autores, mas àqueles que dedicam a vida na defesa do sistema de saúde público e de qualidade para a população brasileira.

Nos manuscritos, os autores fazem um passeio pelos principais problemas enfrentados e aprendizados que eles construíram no período em que estiveram em atividades de campo, e descrevem temas estruturantes que envolvem a atenção básica em saúde: trabalho multiprofissional e formação interprofissional, agravamento da insegurança alimentar, saúde mental, saúde do trabalhador, cuidado em saúde, processos de trabalho na clínica da família, o papel da atenção primária frente a crises sanitárias, são alguns exemplos que mostram os desafios



da saúde pública brasileira na contemporaneidade, particularmente no nível básico da assistência.

Em paralelo, os autores descrevem as angústias diárias dos profissionais de saúde, em um contexto tão singular e adverso, como foi o da pandemia do SARS-Cov 2, no qual pouco se sabia sobre a doença e os modos de combatê-la, associado ao medo de contrai-la ou transmitir aos familiares, à falta de equipamentos de proteção e recursos, de modo geral, e às *fake news* que também estiveram presentes. Por outro lado, os autores mostram a potência do SUS no combate à doença infectocontagiosa. As superações diárias dos profissionais de saúde frente aos desafios desse contexto sanitário mobilizaram estratégias de enfrentamento e alternativas no cuidado. As teleconsultas e as práticas integrativas complementares em saúde (PICS) foram algumas delas que possibilitaram a atenção à saúde da população em tempos que, de tão difíceis, tornam-se interessantes.

E de fato, a atividade dos trabalhadores do sistema público de saúde vem adquirindo doses de complexidade na contemporaneidade com exigências cada vez maiores dos seus profissionais. Essas complicações causadas em parte, mas não apenas, pelo desinvestimento insidioso de governos liberais que drenam para a iniciativa privada recursos públicos, deixa os equipamentos da saúde coletiva em condições cada vez mais precárias, trazendo sérias consequências para os usuários do sistema e, principalmente, àqueles que lhes prestam atenção e cuidado.

Esse quadro foi agravado pela aparição de doenças física, psíquica ou social, muitas decorrentes do modo de produção capitalista que explora demasiadamente a classe trabalhadora e subtrai recursos da natureza, sem o devido controle, com o fito de extrair mais-valia. A pandemia do SARS-Cov 2 e suas variantes agudizou os problemas da saúde pública brasileira. A doença foi objeto de grandes preocupações de autoridades sanitárias, de profissionais de saúde e da população, em escala global, pelo grau de transmissibilidade, imprevisibilidade e letalidade que provoca.

A pandemia do novo coronavírus não somente impactou o sistema único de saúde, que precisou mais uma vez demonstrar toda sua robustez no cuidado deferido à população brasileira, a despeito dos ataques e desfinanciamento ocorridos desde a sua criação, por governos e seus agentes, mas também espalhou perplexidade aos profissionais de saúde que se viam obrigados a lidar com uma

doença que atacava coetaneamente milhares de pessoas, em um cenário de grandes incertezas.

Essa conjuntura foi, porém, demasiadamente pedagógica, especialmente para aqueles que estavam iniciando suas práticas nos serviços de saúde, muitos ainda numa posição anfíbia, por estar atuando como profissionais e, ao mesmo tempo, em processo de formação, como é o caso dos e das estudantes das residências. Mesmo jovens na profissão, esses assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, profissionais de educação física, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros, tiveram que lidar com situações extremas, causadas pelo inimigo invisível em territórios, cujos serviços de saúde para os mais pobres são precários, na maioria dos casos, e sofrem como se fossem acometidos por uma doença multirresistente difícil de combater.

Este livro nos brinda com essas experiências singulares e comuns, locais e globais, individuais e coletivas que atravessaram um grupo bastante dedicado à saúde pública. Esperamos que o entusiasmo dos autores possa contagiar o leitor a divulgar outras experiências dos serviços de saúde e seus processos formativos, e que esse gesto possa reverberar em práticas e compromissos ainda mais sólidos.

Enirtes Caetano Prates Melo
Vice-diretora de Ensino da Escola Nacional de Saúde Pública

Gideon Borges dos Santos
Coordenador Geral da Pós-graduação Lato Sensu e Qualificação Profissional em Saúde
da Escola Nacional de Saúde Pública

Sumário

Apresentação	13
<i>Mirna Barros Teixeira, Ana Laura Brandão, Angela Oliveira Casanova</i>	
Capítulo 1 Relatos de experiência e projetos de intervenção na Atenção Primária à Saúde: A Residência Multiprofissional como campo de formação de trabalhadores de saúde	16
<i>Mirna Barros Teixeira, Ana Laura Brandão, Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos, Vanessa Costa e Silva</i>	
Capítulo 2 O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: potência e desafios da formação Multiprofissional	33
<i>Tayllany Zimmerer Silveira, Mirna Barros Teixeira, Ana Laura Brandão</i>	
Capítulo 3 Segurança Alimentar e Nutricional no contexto de pandemia de Covid-19: uma reflexão sobre a importância da articulação intersetorial.....	52
<i>Ana Laura Brandão, Geisa Moreira de Jesus, Larissa Borlin Ladeira Ontiveros, Maria Carolina Rezende Simonsen, Mariana Espíndola Robin, Natasha de Jesus de Carvalho, Juliana Pereira Casemiro</i>	
Capítulo 4 Atenção à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador e Ações de Cuidado em Saúde Mental Durante a Pandemia em uma Clínica da Família na Baixada Fluminense: um relato de experiência.....	68
<i>Bruna de Lima Ferreira, Carolina Feitoza da Silva Ramos, Debora Duarte Batista, Isabel Danielle de Moraes Silva Travaglini, Júlia Batista Afonso, Marcos Paulo de Oliveira Matos, Luiz Albérico Araújo Montenegro</i>	
Capítulo 5 Nem heróis nem vilões: a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no cenário da pandemia de Covid-19 em uma unidade de Atenção Primária à Saúde em Manguinhos	88
<i>Denise Cavalcante de Barros, Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi, Beatriz Marinho Silva Romão, Esther Beatrice da Silva Joaquim, Fabiano de Araújo Neves, Filipe da Silva Vellozo</i>	
Capítulo 6 O contexto Político-Institucional do cuidado em saúde em tempos de pandemia de Covid-19: repercussões sobre a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município do Rio De Janeiro	120
<i>Luana de Castro, Débora Silva do Nascimento Lima, Camila Siqueira de Castro Ferreira, Camila Prott Pessanha, Rafael Fernandes Tritany, Maria Luiza Silva Cunha</i>	



Capítulo 7 | O cenário de pandemia e o processo de trabalho em uma Clínica da Família sob uma perspectiva multiprofissional..... **138**
Angela Oliveira Casanova, Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos, Alan de Aquino Nogueira, Andreza da Silva Lopes, Bruno Bernacchi, Camila Santos Robles, Flavia Avelino Galvão de Moura, Gabriella Rocha Santos, Paulo Rogério Nunes Barbosa

Capítulo 8 | A atuação da atenção primária em saúde no contexto de pandemia de Covid-19 no município do Rio de Janeiro **162**
Carolina Manhães Moura Reis, Daniel Soranz, Elaine Medeiros do Nascimento, Emilene dos Santos Guimarães, Janaína Vianna Balmant, Thiago Wendel Gonzaga da Silva

Posfácio **177**

Autores **179**

Apresentação

O programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) fez 15 anos e lançamos, em 2020, uma publicação para comemorar essa data com o nome “**De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família.**” disponível em e-book no site: <https://editora.redeunida.org.br/project/de-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-sus-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia/>).

Neste livro trouxemos a metáfora da transformação da borboleta, onde para nós o casulo é o invólucro onde a lagarta inicia sua metamorfose para se transformar em borboleta e conquistar a liberdade, assim o programa da RMSF representa esse casulo, concedendo asas aos estudantes para explorar o mundo sob novas perspectivas frente aos desafios da saúde pública.

Neste livro temos a intenção de publicizar o processo de trabalho realizado pelos residentes sob orientação dos docentes da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) para disseminar as experiências exitosas na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da pandemia da Covid-19.

Esta Residência é uma iniciativa da ENSP/FIOCRUZ, constituída e desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ), do município de Mesquita e o Ministério da Saúde. O programa nasce do desafio de ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em grandes centros urbanos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Existe um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos com abordagens individuais e coletivas. Nesse sentido, a formação dos profissionais em saúde, em equipe multiprofissional para atuação no SUS, especificamente na APS, é de grande potência.

Os processos formativos possuem intencionalidades, fazem parte de uma proposta político-pedagógica que identifica a potência da análise da vida e do trabalho e traz o protagonismo dos atores em mútua relação. Esta publicação traz o percurso tanto do ponto de vista da proposta política pedagógica do programa da RMSF, além dos relatos de experiência vivenciados pelos nossos residentes atuando em equipes multiprofissionais na APS no âmbito da pandemia do Covid-19 em 2020.

Desvelar como realizamos esse percurso formativo em um contexto único, como da pandemia, e apontar caminhos percorridos pode ser importante como recomendação a processos formativos como o de organizar um programa de residência em saúde com suas múltiplas facetas, além de orientar gestores e profissionais de saúde para trabalhar de forma multiprofissional e interprofissional buscando a melhoria do cuidado às pessoas que têm a APS como porta preferencial de acesso ao SUS. Afinal, acreditamos na perspectiva *paulofreiriana* que o caminho se faz caminhando.

Este livro busca, ainda, fazer um registro das experiências vivenciadas pelos residentes nos seus cenários de prática. Esses relatos são frutos de vivências de 35 profissionais de diferentes categorias profissionais (enfermeiro, dentista, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física e assistente social) que atuam em equipes multiprofissionais, em territórios da cidade do Rio de Janeiro e Mesquita. Esses territórios apresentam grandes vulnerabilidades sociais que trazem desafios para a produção do cuidado em saúde.

Para tanto, apresentamos esta publicação a partir das reflexões, discussões e experiências dos atores deste programa, discentes, docentes, coordenação, preceptores, em formato de uma coletânea de textos. Os capítulos estão articulados entre si, trazendo uma relevante contribuição para a sistematização e ampliação do conhecimento produzido a partir da experiência deste Programa da RMSF da ENSP/Fiocruz que tem como expectativa a formação para o SUS como motor de mudanças das práticas em saúde.

Nessa publicação apresenta-se no decorrer dos capítulos a utilização dos termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” como sinônimos, como uma opção acordada pelos autores.

O livro é composto por oito capítulos. No Capítulo 1 é descrito o processo formativo do programa da RMSF apresentando seu modelo político pedagógico,

a formação multiprofissional composta de sete categorias profissionais e a construção compartilhada do conhecimento como metodologia base para a realização dos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR).

O Capítulo 2 aponta o papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia Covid-19, demarcando sua potência e desafios para a formação multiprofissional.

Os Capítulos 3, 4, 5, 6 e 7 foram escritos com o protagonismo dos residentes a partir dos relatos das experiências vivenciadas nos cenários de práticas tendo como base os TCR.

Esses capítulos abordam diferentes temáticas tais como: segurança alimentar e nutricional; atenção à saúde do trabalhador e ações de cuidado em saúde mental; saúde do trabalhador no cenário da pandemia, contexto político institucional no contexto de pandemia e processos de trabalho .

Estes trabalhos compreendem aspectos teóricos relevantes, as potências e os desafios do processo de trabalho realizado nos cenários de prática, as estratégias pedagógicas com usuários e trabalhadores da saúde.

O Capítulo 8 aborda a atuação da APS no contexto da pandemia do Covid-19 no município do Rio de Janeiro apresentando uma síntese das lições aprendidas e estratégias utilizadas pela gestão da APS incluindo o planejamento da vacinação e a retomada dos cuidados ofertados pela APS. Assim, seguimos semeando e acompanhando os residentes-plantas brotando e ainda os egressos borboletas voando.

Esse livro serve de inspiração para estudantes, gestores, preceptores e professores que atuam na formação em serviço para refletirem sobre os desafios e as potencialidades no cuidado da Atenção Primária à Saúde.

Diante do exposto, convidamos a todos e todas a leitura dessa obra e que de alguma forma possamos fortalecer o trabalho na Atenção Primária à Saúde reforçando cada vez mais o SUS de qualidade que todo cidadão tem direito.

Mirna Barros Teixeira
Ana Laura Brandão
Angela Oliveira Casanova

Capítulo 1

Relatos de experiência e projetos de intervenção na Atenção Primária à Saúde: A Residência Multiprofissional como campo de formação de trabalhadores de saúde

Mirna Barros Teixeira
Ana Laura Brandão
Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos
Vanessa Costa e Silva

Este capítulo apresenta a proposta do projeto político pedagógico do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fiocruz alinhada à formação multiprofissional com ênfase nas metodologias adotadas para os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) que dão contornos às experiências vivenciadas pelos residentes nos cenários de práticas da Atenção Primária à Saúde (APS).

O programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: construindo pontes entre a academia e os serviços de saúde

Esta seção aborda o histórico do programa e os aspectos conceituais que norteiam a formação multiprofissional para atuar na APS. Apresenta ainda o modelo do projeto político pedagógico tendo como eixo central o cuidado ampliado em saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da ENSP/Fiocruz foi criado em 2005 com o desafio de aprimorar a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro e o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF), como denominado à época, em grandes centros urbanos.

No ano de 2003, integrantes do Grupo de Apoio Técnico (GAT)¹ de uma área do município do Rio de Janeiro propuseram uma parceria com a ENSP para o desenvolvimento de uma residência que considerasse a realidade local e promovesse a qualificação da rede municipal por meio da educação permanente em saúde. Com o avançar das discussões e construções, em 2005 o PRMSF se iniciou com a oferta de 21 vagas: cinco para enfermeiros, cinco para médicos, cinco para cirurgiões-dentistas, quatro para nutricionistas, quatro para psicólogos e três para assistentes sociais (CARVALHO; LAGO, 2020).

A proposta de formação da residência tem como objetivo incluir diferentes categorias profissionais com grau de qualificação em três áreas de competência: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde na perspectiva da clínica ampliada (individual, coletivo e familiar) e formação sociopolítica, educação e saúde. Essas competências são desenvolvidas por meio da proposta pedagógica que adota referências metodológicas da práxis do processo de aprendizagem, a saber: o construtivismo, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento e a educação popular (CARVALHO; GUTIÉRREZ, 2021).

O projeto político pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP, 2007) foi desenhado e se organiza com base em quatro elementos centrais. O primeiro é que o currículo é baseado em competências profissionais.

O segundo elemento está relacionado à problematização da realidade, em que o residente desenvolve a capacidade de identificar os problemas reais e buscar soluções originais, criativas e apropriadas à realidade. Ou seja, a problematização facilita a integração formação/trabalho, onde o programa de residência busca desenvolver atos educativos nas vivências cotidianas das experiências referentes a saúde, doença e cuidado dos usuários que contribuem para uma aprendizagem significativa (ENSP, 2007; LAGO *et al.*, 2020). O terceiro elemento central é o processo ensino-aprendizagem centrado nas necessidades formativas individuais de cada aluno, o que enfatiza que a formação de um profissional reflexivo se dá por meio da articulação do conhecimento na ação, da reflexão na ação e sobre, por fim, o quarto elemento promove a integração dos demais, constituindo-se em Unidades de Aprendizagem (UA) que visam promover essas competências profissionais.

¹ O Grupo de Apoio Técnico era formado por diferentes categorias profissionais em cada Coordenação de Área Programática (CAP) que forneciam apoio institucional e capacitação às equipes de saúde da família, nos moldes da atuação do NASF. Pode-se dizer que o GAT foi o antecessor do NASF no município do Rio de Janeiro.

A primeira UA é denominada Conversas sobre a Estratégia Saúde da Família, a segunda refere-se à identificação de potencialidades e necessidades dos territórios, a terceira trata da epidemiologia crítica para a análise de informações locais de saúde, a quarta aborda o planejamento em saúde e a gestão do cuidado na APS e a quinta e última versa sobre o monitoramento e a avaliação na APS. Em 2021 foi incluído um módulo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no âmbito da gestão do cuidado na quarta UA.

O projeto político pedagógico (PPP) foi reestruturado no ano de 2019 e permitiu um encontro entre os saberes, a partir da formação de um Grupo de Trabalho (GT) com a presença de residentes, docentes, preceptores e coordenadores para a discussão de propostas. Foi realizada uma oficina de validação das competências tanto inespecíficas, ou seja, que valem para qualquer profissional da saúde, independentemente de sua categoria, quando as específicas de cada profissão, a partir da visão das categorias profissionais inseridas na RMSF. Além das competências, compreendemos que elas são trabalhadas no âmbito da formação multi e interprofissional em saúde — premissa formativa do programa da residência multiprofissional.

A formação multiprofissional e interprofissional na Estratégia de Saúde da Família

Esta seção aborda a estratégia adotada pelo PRMSF para promoção da formação multi e interprofissional, vista como potência na construção dos processos formativos na APS e do trabalho intersetorial realizado nos territórios da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A configuração do processo formativo da RMSF da ENSP/Fiocruz está voltada para a multiprofissionalidade desde a etapa do processo seletivo onde os candidatos concorrem entre si de acordo com as suas categorias profissionais.

Assim, são selecionados candidatos de sete categorias profissionais compostas por enfermeiro e dentista (que compõem a equipe de saúde da família), assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e profissional de educação física (que compõe a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF-AB). Cada equipe multiprofissional formada por sete residentes fica vinculada a uma equipe de saúde da família acompanhando e atuando junto ao processo de trabalho da APS e na articulação com o NASF-AB.

Para a APS, ainda é um desafio a superação da fragmentação do cuidado em saúde visando atender integralmente às necessidades de saúde presentes neste contexto dinâmico de vida das pessoas. Investir no trabalho em equipe e na formação interprofissional é, sem dúvida, uma estratégia para superar essa fragmentação do cuidado. Felizmente, muitos formuladores de políticas públicas e gestores de saúde têm reconhecido que investir em uma força de trabalho forjada em ambientes interprofissionais e colaborativos é uma das melhores formas de enfrentar esses complexos desafios de saúde.

A efetiva prática colaborativa qualifica as práticas clínicas e otimiza os serviços de saúde, promovendo a integralidade do cuidado na atenção básica. As evidências das pesquisas apontam que a prática colaborativa contribui, por exemplo, para: (I) ampliar e qualificar o acesso e a coordenação dos serviços de saúde; (II) promover o uso adequado de recursos clínicos especializados; (III) melhorar as condições de saúde de pacientes crônicos; (IV) ampliar a segurança dos usuários em serviços de saúde; (V) reduzir o número de complicações e o tempo de internação hospitalar (VI) diminuir rotatividade de profissionais e aumentar a satisfação com o trabalho (PADILHA, 2019).

A necessidade de desenvolver estratégias reorientadoras de um modelo conservador de assistência sustentado pelo paradigma da biomedicina para um modelo de cuidado baseado na atenção integral à saúde com foco nos territórios de vida e moradia ganha corpo com a Estratégia Saúde da Família. A APS passa então a ter como modelo tecnoassistencial inovador a base da territorialização, a proposta de cuidado acolhedor e a necessidade de formação mais integrada e embasada nas demandas locais, coletivas e individuais. Além disso, reconhece a experiência dos trabalhadores e dos usuários no viver da prática de cuidado em saúde. Assim, para atuar nesse modelo centrado no usuário e na família, a prática colaborativa entre várias categorias profissionais se torna um imperativo ético e político.

Os conceitos de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade são norteadores do processo formativo da nossa residência, uma vez que consideramos como fundamentais quando falamos de formação para o SUS no âmbito da APS. O conceito de profissionalidade diz respeito ao caráter específico do que é profissional, procedimento característico dos profissionais (sua maneira de ver e agir) e a sua competência profissional (conhecimento,

habilidade, responsabilidade). O conceito de interprofissionalidade remete à intersecção de profissões, portanto, ao que é comum a mais de uma profissão, considerando que “inter” significa no interior de dois; no espaço comum de dois; ponto de cruzamento/ligação/conexão (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020). Os termos interdisciplinar e interprofissional não são sinônimos.

Segundo Furtado (2007), o sufixo “disciplinar” se refere ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, enquanto “profissional” se refere às práticas concretas em sua vertente pragmática.

Assim, a pluri e interdisciplinaridade são termos relativos a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto a pluri e interprofissionalidade dizem respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos (FURTADO, 2007, p. 245).

A formação em serviço implica necessariamente uma articulação entre teoria e prática, como é a proposta das formações em residências em saúde (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020) e, no caso do PRMSF, para atuar na atenção básica ou APS é preciso, portanto, uma prática interdisciplinar realizada com uma prática interprofissional. O desafio está posto no processo formativo voltado para uma prática colaborativa de trabalho.

A configuração do trabalho em equipe na APS já pressupõe um trabalho multiprofissional. Assim, ainda há o desafio de formar os residentes de sete categorias profissionais diferentes para atuarem de forma interprofissional. Isso implica em uma aprendizagem colaborativa entre estudantes de diferentes formações acadêmicas. A formação interprofissional é uma etapa de vital importância para a composição e atuação do trabalho em equipe, tendo como compromisso uma prática colaborativa, centrada nas necessidades de saúde locais visando a integralidade do cuidado. Dessa forma, para atuar como equipe multi é preciso que o aluno, no caso o residente, coloque entre parênteses muito do que é específico da sua categoria (núcleo profissional) e esteja aberto para o aprendizado coletivo (campo profissional).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz se estrutura segundo o borramento entre as disciplinas, saberes e

práticas profissionais. Para tanto, busca se referenciar em três dimensões da aprendizagem: interatividade, cooperação e autonomia (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020, p. 188).

Assim, a interatividade, a cooperação e a autonomia se configuram em três dimensões de aprendizagem do PRMSF/ENSP. Para cumprir essa primeira dimensão, os residentes são organizados em equipes multiprofissionais e incorporados nos cenários de prática à uma equipe de saúde da família (eSF).

Cabe ressaltar que com a consolidação do PRMSF no município do Rio de Janeiro foi possível estruturar ações de interiorização para outro município localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. A cidade de Mesquita também passou a ser cenário de formação para um conjunto de sete categorias profissionais a partir de 2019. O processo de interiorização traz uma ampliação da visão dos residentes sobre a expansão e atuação da APS em outro município e do trabalho multiprofissional, para além dos olhares vistos no Rio de Janeiro.

Com a entrada dos residentes nos cenários de prática junto a uma eSF (também chamada de equipe preceptora) há uma ampliação da composição desta equipe. A gerência da Clínica da Família escolhe, junto com a coordenação do programa, quem será o preceptor de campo da equipe de residentes que mediará a formação. Além disso, os preceptores de núcleo atuam na mediação de cada categoria profissional e são profissionais componentes das equipes do NASF- AB.

Diante da complexidade dos casos apresentados na APS é preciso tal prática colaborativa que requer múltiplos olhares para sua resolução. São casos complexos que envolvem questões clínicas, psicológicas, sociais e educacionais e em situação de grande vulnerabilidade social. Assim, a dimensão da cooperação se torna fundamental para a atuação diante dos casos complexos assistidos na APS. A ferramenta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos pilares do apoio matricial e necessita ser operacionalizada de forma colaborativa e interprofissional. “Essa lógica de colaboração baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa, e não ao redor de territórios de especialização” (FURTADO, 2007, p. 246).

Entende-se nessa formação colaborativa e cooperativa, a importância da dimensão da autonomia dos residentes no seu processo formativo. Tomamos

a perspectiva freiriana que (FREIRE, 2011) entende os educandos como os principais protagonistas do seu próprio processo de aprendizagem. “Os residentes possuem a possibilidade da autonomia, ser exercida com responsabilidade e construção. Portanto, um vir a ser sempre em desenvolvimento. A construção de “autodetermina(r)-ação” (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020, p. 194).

No entanto, alguns desafios estão postos nessa formação colaborativa que visa a interprofissionalidade, são eles: tensões na prática do trabalho; conflitos entre os residentes que trabalham desde o início da residência em grupos compostos por sete categoria diferentes; necessidade de ter flexibilidade frente às diversidades da forma de pensar; aprendizado em serviço que expresse mais do que a soma dos saberes mas sim o compartilhamento dos mesmos; abertura dos residentes para vivenciar um trabalho interprofissional e não somente do seu núcleo profissional.

A APS compreende a saúde como um processo complexo, dinâmico e desafiador que demanda, portanto, um esforço de todos os trabalhadores da saúde a pensarem juntos, a refletirem interdisciplinarmente e a atuarem de forma colaborativa para promover o cuidado ampliado. Assim, consideramos que muitos são os desafios da formar interprofissionalmente, mas também são muitas as potencialidades que serão descritas nos relatos de experiências apresentados nos capítulos deste livro, onde nossos residentes dão asas à imaginação num processo de trabalho criativo, crítico e reflexivo.

A construção compartilhada do conhecimento nos trabalhos de conclusão da residência

Esta seção apresenta as metodologias da construção compartilhada do conhecimento materializadas nos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR) realizados pelas equipes de residentes compostas por sete categorias profissionais a partir da vivência formativa nos cenários de prática da APS no município do Rio de Janeiro e em Mesquita.

O TCR pode ser compreendido como uma importante ferramenta pedagógica, configurando-se como um instrumento potencializador do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo que, ao mesmo tempo, estimula a imersão e reflexão do trabalho vivenciado na prática, exatamente como disposto

no PPP do programa de residência. Nesse sentido, o TCR visa expressar as competências norteadoras do programa como a gestão do processo de trabalho; o cuidado na perspectiva da clínica ampliada (individual, familiar e comunitário) e a formação sociopolítica, educação e saúde.

O foco do TCR é o aprendizado crítico em meio à diversidade do cuidado em saúde, em meio ao trabalho em equipe multiprofissional e de forma contextualizada, alinhada aos territórios de vida. Esse trabalho é desenvolvido de forma coletiva pelo grupo de residentes que ficam juntos nas Clínicas da Família, mas também possibilita um trabalho autoral, que é feito por meio da escrita individual de capítulos do TCR. Sua elaboração e defesa são obrigatórias para a conclusão do curso, porém há de se ressaltar seu caráter interprofissional que articula saberes interdisciplinares, compondo uma estratégia do processo ensino-aprendizagem em equipe e com os serviços de saúde em que os residentes estão inseridos como campos de prática.

A construção do TCR se dá de forma processual, com apoio dos docentes orientadores, denominados também de tutores em outros programas. Cada equipe é acompanhada por dois tutores que orientam não somente o trabalho final, mas também a trajetória acadêmica e os estudos no âmbito das Unidades de Aprendizagens, além de contribuírem com a discussão sobre as experiências vivenciadas na prática e materializadas nos diários reflexivos.

No âmbito do PRMSF são possíveis três metodologias de elaboração do TCR: 1. a Pesquisa no Campo, 2. o Projeto de Intervenção e, mais recentemente, 3. os Relatos de Experiência.

Cabe destacar que independente da modalidade, os elementos do TCR são os mesmos: (i) introdução (tema, justificativa, problema identificado); (ii) referencial teórico-metodológico (conceitos teóricos que direcionam o trabalho, descrição do contexto da intervenção, metodologia); (iii) resultados e discussão; (iv) considerações finais; (v) referências bibliográficas.

1. A pesquisa no campo

A pesquisa empírica ou no campo é o estudo organizado a partir de uma questão de investigação científica que tenha relevância e pertinência para o

cenário de prática. Caracteriza-se, principalmente, pela delimitação, unicidade e profundidade do tratamento de um tema. Envolve uma pesquisa empírica no território por meio de coleta de dados primários e/ou secundários, a depender do objeto a ser pesquisado (BRANDÃO *et al.*, 2020). Trata-se do modelo tradicional de pesquisa científica comumente utilizado na formação *stricto sensu*. Para a realização da pesquisa de campo que envolve a coleta de dados primários ou secundários não públicos é obrigatório submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e da instituição parceira — no caso, as secretarias municipais de saúde.

Devido ao tempo curto de formação e à grande demanda de carga horária prática dos residentes nos cenários de prática, foi preciso pensar em outros formatos metodológicos que se adequassem melhor a formação da residência em saúde, formação *lato sensu* em serviço. Com isso, foram elaboradas e acordadas em Termo de Referência (TR)² para elaboração do TCR duas outras metodologias científicas, a saber, o projeto de intervenção e os relatos de experiência.

2. O Projeto de Intervenção como dispositivo do planejamento local na APS

Pode-se dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos seguir para chegar até lá. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos. Esse processo pode ser compreendido como

Uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é também política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade e recorrendo a instrumentos (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito), sob determinadas relações sociais, em uma dada organização (PAIM, 2006, p. 769).

Identificar situações que precisam ser enfrentadas e instituir as mudanças necessárias em uma dada realidade é o objetivo final de um bom processo de

² O Documento do TR de elaboração dos TCR foi elaborado no ano de 2018 e está em constante revisão pelos docentes e coordenação do PRMSF/ENSP. Esse documento é apresentado a todos os atores no início de novas turmas formativas.

planejamento local. Mas também é um dos objetivos da problematização e da formação de um profissional reflexivo, elementos do PPP do PRMPSF e motivo pelo qual tal metodologia de TCR é incentivada, ou seja, o reconhecimento do trabalho como eixo fundamental para a aprendizagem.

Nessa perspectiva, a construção do Projeto de Intervenção (PI) é baseada nos fundamentos e conceitos do Planejamento Estratégico Situacional - PES (MATUS, 1993), método que também utiliza “problema” como categoria central, entendido como uma realidade insatisfatória superável. Apesar de ter sido desenhado para o nível central, permite adaptações para o nível local que contribuem para uma adequada compreensão da realidade promovendo consistência e efetividade das intervenções propostas (ARTMMANN, 2000).

Cabe destacar que a realidade no âmbito de uma equipe de saúde da família será sempre “em relação” à população adscrita, aos outros trabalhadores e aos gestores, portanto multideterminada e complexa ao envolver pessoas com distintos interesses, motivações e percepções sobre modos de atuação no processo saúde-doença-cuidado. Daí a potência de utilização do enfoque estratégico situacional.

Os residentes são desafiados a exercitar na prática conceitos que contribuem para o agir em saúde como “triângulo de governo”, “ator”, “poder”, “recursos políticos” e “situação- problema”. Além desses, destacamos a “análise situacional” utilizada no momento de explicação da situação-problema. Um problema pode ser explicado a partir do levantamento das suas causas e seleção de suas causas críticas, entretanto essa explicação dependerá de como o indivíduo ou grupo explica e interpreta a realidade. Nesse sentido, a análise situacional é o conhecimento sobre o modo como é produzida uma determinada situação. Essa explicação ou análise é sempre parcial e múltipla, portanto, é fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações da realidade formuladas por outros atores sociais. O esforço aqui é para o entendimento das diferentes leituras da realidade.

O enfrentamento de situações-problema nos territórios da APS pressupõe a apreensão de diversas percepções (basta lembrar que são equipes de residentes com distintas formações e experiências) e que deverá envolver a escuta aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde sempre que necessário. Portanto, utilizar o enfoque do PES no nível local pode potencializar o trabalho em equipe multiprofissional e a participação social. Da mesma maneira, destaca-se o desenvolvimento de habilidades

interpessoais como equilíbrio, capacidade para trabalhar em equipe, comunicação e aceitação das diferenças e pontos de vista alheios.

Outro ponto de convergência da adoção desse enfoque é sua aproximação com a perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) ao argumentar que (i) o manejo de problemas comuns do processo de trabalho é insumo essencial para organizar e desenvolver experiências de aprendizagem; (ii) é prioritária a participação coletiva e multidisciplinar com o intercâmbio de saberes e experiências; (iii) que a aprendizagem é o processo e o produto é a mudança; (iv) “a articulação das áreas de planejamento, informação, educação e comunicação pode representar uma das estratégias de recomposição das relações entre a população, os trabalhadores de saúde e os gestores” (RIBEIRO, MOTTA 1996).

O TCR realizado nesta metodologia contribui com a difícil tarefa dos processos formativos de orientar a seleção de conteúdos curriculares no sentido de abordar problemas sociais e epidemiologicamente relevantes, bem como ampliar os objetivos da formação para além da informação técnico-científica, incorporando as dimensões ética e política como base do exercício profissional. Nessa perspectiva, quando os residentes introduzem na Clínica da Família a discussão sobre o PI que precisam desenvolver ao longo do curso, cria-se um “espaço-oportunidade” na UBS para que os demais trabalhadores se envolvam nesse planejamento local e o tomem como dispositivo para a EPS.

Tendo em vista que o PI é um processo de planejamento-ação local, competência requerida de todo profissional de saúde, sua finalidade consiste em alguns pontos centrais como: (i) identificar uma situação-problema que necessita ser enfrentada contemplando os eixos do PPP (ii) propiciar a reflexão coletiva sobre a situação-problema; (iii) propor e executar as atividades que poderão minimizar a situação problema, ou seja, intervir sobre o contexto com o objetivo de promover melhorias em consonância às competências da RMSF, referidas anteriormente. Vale lembrar que “uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação indesejável” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 29).

Trata-se, portanto, de uma ação concreta na realidade de trabalho da equipe de residentes e da equipe preceptora. O PI propõe o envolvimento de

membros da equipe de saúde da família, do NASF e gerente da Unidade, além de outros parceiros implicados na intervenção desejada, fortalecendo o processo de educação permanente. Nesse sentido, a escolha da situação-problema deve expressar demandas coletivas e institucionais, e o projeto deve ter viabilidade real de intervenção na prática do serviço, bem como ser implementado, ao menos em parte, de forma a poder ser monitorado e avaliado em alguma dimensão.

3. O relato de experiência

O relato de experiência consiste na descrição e reflexão sobre o desenvolvimento e implementação de uma experiência desenvolvida no âmbito da residência nos cenários de prática das Clínicas da Família. Destaca-se que o relato de experiência deve conter a contextualização à qual a intervenção se refere, a metodologia empregada e os principais resultados da implementação da experiência.

O sujeito da experiência se define não por sua atividade ou disponibilidade, mas por sua passividade e receptividade, seja no território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço de acontecer (BONDIA, 2002).

A escolha da experiência se baseia em demandas coletivas e institucionais e deve ter viabilidade de intervenção na prática do serviço, para tal é crucial o envolvimento de membros da equipe de saúde da família, NASF e gerência da unidade, além de outros parceiros implicados na intervenção planejada a ser implementada. Destaca-se como tônica desse processo a construção compartilhada de conhecimentos/ações com atores do espaço de intervenção, buscando romper com o modelo verticalizado muitas vezes assumido na educação, dinamizando processos de horizontalização do saber e valorização do diálogo (FREIRE, 1979).

Esses trabalhos contribuem para a produção de conhecimento no campo da saúde pública, por meio de pesquisas que adotam metodologias denominadas como qualitativas, compostas por uma diversidade de metodologias e correntes teóricas. Mas, embora haja diferentes abordagens teóricas, todo trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida. A investigação tida como qualitativa é, portanto, uma atividade que se afirma a

partir do contexto situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Os trabalhos realizados pelos residentes na modalidade do relato de experiência se aproximam muito da cartografia, entendendo-a como um método de pesquisa-intervenção. A cartografia se apropria de uma palavra do campo da Geografia para se referir ao traçado de mapas processuais de um território existencial. Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é por meio dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências (FARINA, 2008).

De acordo com Deleuze e Guattari (1995 *apud* FERIGATO; CARVALHO, 2011), a cartografia é útil para descrever processos mais do que estados de coisa. Desta forma, a cartografia pode contribuir para as pesquisas qualitativas que se propõem ao acompanhamento de processualidades, bem como as que ocorrem no campo de práticas dos residentes multiprofissionais em saúde da família. Tomando em conta o caráter de processualidade relevante a esse método e sua dimensão interventiva, segundo Kastrup e Barros (2009), a cartografia é capaz de produzir transformações da realidade que devem ser analisadas. Ressalta-se ainda a importância da imersão do cartógrafo no território pesquisado, sobretudo para essas pesquisas qualitativas que se propõem a acompanhar processos de forma interventiva, quando essa intervenção produz enunciados e visibilidades.

Segundo Ferigato e Carvalho (2011), esse tipo de pesquisa mencionada faz ver e falar linhas de força e de subjetivação que acompanham o território existencial pesquisado. Questões como essa podem não ser exclusivas da cartografia, mas estão na centralidade de sua abordagem.

Diante dessas diferentes abordagens metodológicas do TCR, os residentes podem escolher a mais adequada à sua proposta temática e que mais ajude a apresentar e consolidar todo o caminho formativo percorrido no âmbito do programa de residência.

A elaboração dos TCR no âmbito da pandemia de Covid-19

As experiências relatadas nos capítulos deste livro por meio dos TCR foram elaboradas pela turma de 2019 a 2021 no contexto da pandemia de Covid-19, que impactou tanto os serviços de saúde quanto os espaços formativos da academia. Os TCR que deram base aos capítulos a seguir foram defendidos no ano de 2021.

Os desafios para o ensino foram de diversas ordens. Fez-se necessária a reinvenção de práticas, a construção ágil de estratégias de ensino remoto para as aulas teóricas e o aprendizado rápido de funcionalidades tecnológicas por instituições, docentes e estudantes, no esforço de preservar as atividades educacionais, ao menos aquelas passíveis desse tipo de adaptação. Assim, o planejado foi reprogramado e o contexto desafiador da pandemia se revelou uma oportunidade privilegiada para a educação de residentes, profissionais em formação que tiveram um papel significativo nos serviços como atores no cuidado das pessoas durante a pandemia. Este livro procura dar voz a esses aprendizados, pretendendo-se um espaço de compartilhamento de percepções, representações e avaliações sobre as vivências experimentadas nos cenários de prática durante a pandemia pelos residentes do PRMSF/ENSP/FIOCRUZ.

Nesse cenário, a Coordenação do Programa de Residência propôs a realização de TCR no modelo de relato de experiência com o objetivo de publicizar o processo de trabalho realizado pelos residentes que, atuando em equipes multiprofissionais sob orientação dos docentes da ENSP, desenvolveram uma série de estratégias, articularam novos saberes e aperfeiçoaram e/ou desenvolveram novas práticas perante os desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia.

Utilizamos a narrativa feita pelos residentes para compor os relatos de experiências. Os residentes foram tecendo suas narrativas vividas em campo com anotações feitas em diários de campo denominados diários reflexivos (BRANDÃO *et al.*, 2020), nos quais os residentes observam e escrevem uma só narrativa das experiências vividas na imersão dos cenários de prática. Esse processo de formação exige sensibilidade de escuta dos usuários, que em sua maioria têm nível socioeconômico e condições de vida muito diferentes daquelas vivenciadas pelos residentes. Mas também é preciso que estes ouçam uns aos outros, reconhecendo as

diferenças de percepção e enfoque, resultado da singularidade de cada um, bem como dos distintos interesses profissionais. Assim, essa atividade promove ao longo do processo formativo dos residentes o desenvolvimento de certas habilidades essenciais ao trabalho em equipe: diálogo, negociação, compartilhamento de tomadas de decisão, reconhecimento dos limites alheios, respeito às diferenças, dentre outras.

Favoreto e Camargo Jr. (2011), utilizam as narrativas numa perspectiva antropológica que envolvem certo conteúdo, mas sua importância localiza-se, principalmente, no modo como este é organizado e apresentado, segundo as intenções e objetivos do narrador e de acordo com o lugar social de onde ele se projeta, no caso no lugar de residente. Observar as demandas de saúde que vêm muitas vezes associadas ao sofrimento das pessoas que buscam cuidado na APS por meio de suas narrativas, em uma materialidade diferente daquela conformada pela biomedicina, gerando práticas de cuidado mais integral, na medida em que têm maior conexão com a realidade sociocultural e subjetiva dos pacientes.

Bakthin (2004) defende que toda narrativa é “polifônica” porque nela se encontram impressas outras histórias e palavras faladas por aqueles que precederam o atual narrador. Assim, podemos considerar as narrativas como criações de realidades culturais. Os signos, as formas de expressão, os códigos de sociabilidade, dentre outras marcas socioculturais, sustentam o conteúdo das histórias e, concomitantemente, são por elas reconstruídos ou transformados.

Por isso, “(...) o conteúdo de uma narração não existe em si mesmo, mas apenas relacionado de diversas maneiras à estrutura, à forma e ao propósito de sua apresentação escrita ou oral” (BROCKMEIR, HARRE, 2003, p. 528). É tarefa da narrativa a composição de um enredo inteligível. Este só pode ser narrado porque se encontra inserido no campo da experiência cultural, já estando simbolicamente mediado. Assim, compreendemos que a narrativa tem uma função de agenciamento dos fatos.

Segundo Kristeva (2002), as narrativas exercem à humanidade uma função essencial, a de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo da vida e muni-los de um “quem” e um “quando”, ou seja, capacitá-los à experiência propriamente humana, tornando-os passíveis de serem reconhecidos e vividos. Elas acontecem, necessariamente, num espaço descrito pela autora como um “entre dois”, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis.

Assim, os relatos de experiências dos residentes são compostos das narrativas que eles escrevem sobre o vivido, o sentido, o percebido na sua experiência de imersão durante dois anos em cenários de práticas das Clínicas da Família no Rio de Janeiro e em Mesquita. Ao narrar suas experiências, os residentes ressignificam suas vivências junto aos usuários, aos trabalhadores de equipe e comunidade.

Esse trabalho só é possível porque o PRMSF/ENSP tem como pressuposto a formação multiprofissional e interprofissional na Estratégia de Saúde da Família.

Referências

- ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial.** In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p. 98-119.
- BAKTHIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação** [on-line]. 2002, n. 19 p. 20-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em: 18 set. 2021.
- BRANDÃO, A. L.; BARROS, D. C.; TEIXEIRA, M. B. Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* (Orgs.) **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família** – 1. ed. -- Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 91-114.
- BROCKMEIER, J.; HARRE, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.
- CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2021.
- CARVALHO, M. A. P.; LAGO, R. F. Os 15 anos de ousadia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: histórico, marco legal, experiência e desafios. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* (org.) **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família.** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 72-90.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (ENSP). **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2007.
- FARINA, C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: **REUNIÃO ANUAL**

DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. Anais... Caxambu, 1998. p.1-16. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GE01-4014—Int.pdf>.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO, J. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 473-483, 2011.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface, comunicação, saúde e educação**, v. 15, n. 38, p. 663-75, jul./set. 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 239-5, maio/ago. 2007.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91.

KRISTEVA, J. **O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras**. Hanna Arednt. Tomo I. Rio de Janeiro: Rocco Editora, 2002.

LAGO, R. F.; CARVALHO, M. A. P.; ARAÚJO, J. W. A transformação em processo: o modelo político-pedagógico. In: CARVALHO, M. A. P. (org.) *et al.* **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**, 1. ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2020, p. 72-90.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

PADILHA, M. Apresentação: Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: técnica e ética de equipe na saúde. In: SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (org.). **Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde**. 1. ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, 182 p.

PAIM, J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 767-782, tab. (Saúde em debate, 170).

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saúde debate**, n.12, p. 39-44, jul. 1996.

SCHON, D. **Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

TEIXEIRA, M. B.; CARVALHO, M. A. P., CECCIM, R. B. O seu olhar melhora o meu: a interface entre o trabalho em equipe e o desafio da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* (org.) **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 72-90.



Capítulo 2

O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: potência e desafios da formação Multiprofissional

Tayllany Zimmerer Silveira
Mirna Barros Teixeira
Ana Laura Brandão

Introdução

A pandemia de Coronavírus 2019 (Covid-19) tornou-se um grande desafio do século XXI, implicando mudanças na organização do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) — sistema de saúde universal gratuito com abrangência em vários níveis de atenção à saúde e que tem sido fundamental para responder com qualidade perante a situação vivenciada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou em 30 de janeiro de 2020 o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) como emergência de saúde pública de importância internacional (OPAS, 2020). A doença Covid-19 é uma infecção respiratória causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), cujo primeiro caso foi identificado em Wuhan, China, no início de dezembro de 2019 (PEREIRA *et al.*, 2020). Com a rápida disseminação em nível global, a OMS caracterizou a doença como uma pandemia em 11 de março de 2020 (OPAS, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020).

O SARS-CoV-2, agente causador da Covid-19, marcou a maior pandemia ocorrida no mundo, considerada a maior emergência de saúde pública enfrentada internacionalmente em décadas (SCHMIDT *et al.*, 2020; MATTA *et al.*, 2021).

Em termos de acesso ao cuidado em relação a pandemia no Brasil, consideramos a Atenção Primária à Saúde (APS) uma estratégia fundamental

de organização da atenção à saúde que tem tido papel essencial no contexto da pandemia em termos de enfrentamento, desde a prevenção e vacinação à recuperação da saúde. A APS tem como locus de cuidado de 80% dos casos leves, e que grande parte dos casos moderados também tem como primeiro contato a APS para assistência (DUNLOP *et al.* 2020).

Desse modo, as mudanças no processo de trabalho da APS foram realizadas a partir da construção de estratégias para o atendimento dos casos de Covid-19 e da continuidade das ações realizadas nesse âmbito de atenção. A elaboração e implantação de protocolos para o enfrentamento da Covid-19 na APS tornou-se uma das estratégias prioritárias de saúde pública, com a descrição na mudança de abordagem dos atendimentos, a introdução da teleconsulta, o formato de visitas domiciliares, a redução dos fluxos dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a modificação dos espaços na estrutura física para os atendimentos, entre outros.

As mudanças abruptas necessárias nas rotinas das instituições de saúde a partir da pandemia de Covid-19, inclusive na APS, trouxeram impactos para os profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde, assim como para os profissionais em processo de formação no SUS. A mudança da rotina habitual do trabalho que vinha sendo desenvolvido na APS proporcionou uma visão diferente da grade de ensino dos profissionais que estão em formação no SUS e trouxeram potencialidades e desafios para a formação multiprofissional.

No país, o SUS vem suprindo, em prioridade, a grande demanda de atendimentos gerados em todos os níveis de atenção pela Covid-19 (CABRAL, 2020). Os profissionais inseridos no processo de formação no SUS nesse cenário de pandemia têm assumido o papel de enfrentamento junto aos outros profissionais que estão na linha de frente contra o Covid-19. De acordo com Machado e Stellfeld (2020), os profissionais residentes encontram-se, nesse momento de enfrentamento da Covid-19, inseridos em seus cenários de prática imersos no contexto da pandemia, considerando a característica inerente de seu processo formativo.

Diante desse novo contexto formativo no SUS, este capítulo tem por objetivo descrever o papel da APS como locus privilegiado de enfrentamento da pandemia Covid-19 identificando as potencialidades e desafios da formação multiprofissional dos profissionais de saúde para atuação na saúde da família nesse atual contexto.

A Atenção Primária à Saúde como locus privilegiado de enfrentamento da pandemia.

No Brasil, a Portaria nº188 de 03 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020), declarou emergência no âmbito da saúde pública no país devido ao risco de disseminação do novo coronavírus.

De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2020), em seu artigo 13, para responder às emergências em Saúde Pública, os países devem desenvolver, fortalecer e manter em tempo oportuno as capacidades de resposta pronta e eficaz a riscos para a saúde pública e a emergência em saúde pública de importância internacional (BRASIL, 2020).

Tem tido papel fundamental no enfrentamento da pandemia, principalmente no que concerne a vacinação, aos cuidados hospitalares e à disseminação de informações de combate ao Covid-19 o SUS, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que abrange todos os níveis de atenção à saúde, e garante à população acesso integral, universal e gratuito, buscando fornecer atenção integral à saúde, o que inclui cuidados assistenciais e serviços de prevenção de agravos e promoção da saúde no intuito de melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 1990).

Mesmo com as dificuldades enfrentadas pelo SUS ao longo dos anos, como problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, sua importância no enfrentamento da pandemia tem sido demonstrada de forma inquestionável. Este reconhecimento reforça a necessidade de um financiamento adequado para o sistema de saúde brasileiro.

O enfrentamento de uma epidemia requer a associação de um atendimento individual e coletivo ao cuidado centrado na comunidade. Essa junção torna-se essencial para combater a crise sanitária e humanitária atual. De acordo com os estudos, os sistemas de saúde fortemente baseados na APS são capazes de ofertar esse cuidado integral e articulado, com alcance de resultados positivos em relação às situações de saúde da população (DUNLOP *et al.*, 2020; SUNDARARAMAN, 2020).

De acordo com Starfield (2004) a APS tem como atributos essenciais o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

No SUS a APS tem o papel de coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os níveis de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendendo como objetivo a longitudinalidade do cuidado e sendo considerada como porta de entrada dos usuários no SUS; desse modo, deve ser considerada como porta de entrada também para o cuidado em situações emergenciais como o Covid-19 (SARTI *et al.*, 2020).

Ainda de acordo com Sarti *et al.*, (2020, p. 2):

a atenção primária é potente na redução das iniquidades em Saúde e deve, portanto, ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor saúde à epidemia, dado seu alto grau de capilarização em território nacional e alcance de parcelas expressivas da população expostas a riscos excessivos devido a suas condições de vida (SARTI *et al.*, 2020, p. 2).

A APS no SUS tem como modelo prioritário a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse modelo, o cuidado é ofertado a partir das equipes de saúde da família formadas por profissionais de diferentes categorias, ou seja, uma equipe multiprofissional, com foco na territorialização, na abordagem no cuidado individual e coletivo, no primeiro contato com o sistema de saúde em um processo contínuo de atenção em uma rede integral regionalizada de serviços. Dessa forma, as equipes de saúde da família conhecem seus territórios adscritos, sua população, as vulnerabilidades e atuam em uma perspectiva de vigilância em saúde, de promoção e recuperação da saúde, o que, em um período pandêmico, é crucial para o controle do contágio.

Nesse contexto, considerando os atributos da APS e do modelo assistencial da ESF, a atuação da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 engloba ações de vigilância em saúde dos territórios, disseminação de medidas preventivas, atenção aos usuários suspeitos/confirmados de Covid-19, aplicação da testagem e vacinação contra a Covid-19, além da continuidade das ações próprias da APS.

Tendo como base a importância do território no trabalho da APS e das ações voltadas em um momento de pandemia, a APS pode coordenar atividades comunitárias e propiciar atuações intersetoriais que possam enfrentar aspectos sociais relacionados à pandemia. Por intermédio de mobilização com atores

chaves, organizações comunitárias dos territórios, é possível divulgar informações, esclarecer dúvidas sobre as medidas de prevenção, identificar locais com maior risco de contaminação e criar estratégias para reduzir a disseminação no território.

Dessa forma, a vigilância nos territórios tem sido fortalecida por diversos municípios com a participação da APS no enfrentamento da Covid-19, mesmo diante da dificuldade da integração entre a vigilância epidemiológica e as equipes da APS. Ações como a detecção, notificação e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar dos casos, informação sobre a quarentena dos contatos, testagem, busca ativa e ações de educação em saúde são atividades centrais de mitigação dessa pandemia (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Em se tratando da vigilância nos territórios, o papel do agente comunitário de saúde (ACS) é fundamental visto seu conhecimento do território e o vínculo com a população adscrita. Esses trabalhadores são importantes aliados no enfrentamento da pandemia por trabalharem com a conscientização da população, no processo de disseminação de informações de prevenção de Covid-19, na identificação de possíveis casos suspeitos e nas ações de educação em saúde no território (MEDINA *et al.*, 2020).

Além das ações de vigilância nos territórios, as equipes de saúde da família são responsáveis pelo cuidado e o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, por meio da organização dos fluxos de atendimento, na separação dos atendimentos de sintomáticos respiratórios das demais demandas da APS. Essas equipes são responsáveis pelo encaminhamento dos usuários com necessidade de um atendimento nos outros níveis de atenção como internação dos casos de Covid-19 e do monitoramento dos sinais e sintomas dos casos leves aos quais são atendidos nas UBS (BRASIL, 2021).

As equipes de saúde da família estão preparadas para a condução dos casos leves de Covid-19, visto que tem uma capacidade reduzida para a atuação na letalidade dos casos graves. Uma APS forte, organizada e com recursos humanos qualificados e em quantidade adequada pode cooperar na redução da incidência da infecção na população da área de abrangência causando impacto direto na redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus (DAUMAS *et al.*, 2020).

A multiprofissionalidade tem como característica prioritária das equipes de saúde da família o trabalho em equipe a partir do conjunto de diferentes olhares

de várias categorias profissionais. Esses profissionais se articulam por meio de ações e cooperação centradas em um único objetivo comum. A eficiência e eficácia da assistência à saúde depende de uma modalidade de trabalho em equipe com conexão das diferentes ações e distintos profissionais (PEDUZZI, 2001).

Em situações como o período pandêmico, além de ser uma característica dos serviços da APS, a abordagem de uma equipe multiprofissional na assistência à saúde têm maior necessidade, visto que um cuidado integral propicia uma visão mais ampla da situação de saúde, possibilitando aos usuários uma assistência diferenciada, de forma ampla e coletiva, por meio dos múltiplos olhares sobre o processo saúde/doença.

Os olhares múltiplos por uma equipe multiprofissional ampliam as possibilidades de considerar situações que afetam negativamente a qualidade de vida do sujeito em decorrência da infecção pelo Covid-19 (REBOUÇAS *et al.*, 2020), portanto o trabalho em equipe, formado por uma equipe multiprofissional, é também um dos pilares da APS no enfrentamento da pandemia, o que reforça a sua importância nesse período.

Outro aspecto de relevância da APS no enfrentamento da pandemia são as ações de educação em saúde, potencializadoras da promoção da saúde, caracterizadas como um processo de construção de saber coletivo, ou seja, uma troca mútua de saberes entre os profissionais de saúde e os usuários que envolve um dos atributos da APS, a competência cultural.

Outro aspecto fundamental no enfrentamento da pandemia é a vacinação, considerada uma das mais relevantes intervenções em saúde pública no país, que representa uma estratégia de promoção e proteção da saúde. A oferta de vacinas gratuitas para a população, não é algo inovador no país que tem um Programa Nacional de Imunizações (PNI) reconhecido mundialmente.

A garantia da oferta de uma vacina como bem público global tem como premissa uma boa gestão capaz de entender a crise humanitária provocada pela pandemia (SILVA, 2018). A vacinação é um dos serviços descritos na Carteira de Serviços da APS, tornando esse nível de atenção como um serviço de referência aos indivíduos, visto que a imunização contra a Covid-19 tem sido realizada pelas equipes de saúde da família.

Muitos são os desafios da APS nesse momento de pandemia. Um deles é a continuidade das atividades de rotina das equipes de saúde da família durante a

pandemia, devido ao grande número de demandas voltadas para o enfrentamento a Covid-19, porém a atenção a essas atividades torna-se fundamental, diante da perspectiva da convivência por período prolongado dos casos de Covid-19.

No entanto, cabe ressaltar que as demais necessidades de saúde dos usuários permanecem e corre-se o risco de agravamento caso esses acompanhamentos sejam suspensos na APS, com risco do aumento de sofrimento e de mortalidade por outras causas. A suspensão dos grupos de promoção da saúde, devido ao distanciamento social entre pessoas como portadores de doenças crônicas, idosos, gestantes e crianças, pode levar a complicações por ausência desse acompanhamento realizado pela APS, além dessa população estar elencada dentro do grupo de risco para a Covid-19, o qual necessita de um monitoramento contínuo (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Dessa forma, é necessário o estabelecimento de novas formas do cuidado que abranjam tanto o cuidado aos casos de Covid-19 em concomitância a continuidade do cuidado aos demais outros agravos. Isso demanda a incorporação de novos fluxos de atendimento e a incorporação de estratégias que consigam abranger a população, como por exemplo o cuidado às pessoas de forma remota, como é o caso do teleatendimento.

Urge pensar nesse novo modelo de organização do processo de trabalho na APS no contexto da pandemia, para que este seja capaz de preservar os atributos essenciais da APS (VITÓRIA *et al.*, 2020).

Os relatos de experiência dos residentes durante seu processo formativo no contexto da pandemia são importantes para identificar estratégias possíveis para se pensar nessas novas formas de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Práxis da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de Covid-19

Diante do contexto do enfrentamento da pandemia de Covid-19, a atenção primária necessitou se estruturar no que diz respeito ao processo de trabalho dentro das UBS ou Clínicas da Família (CF). As mudanças necessárias vão desde o manejo clínico, até a readequação dos espaços físicos das UBS e a criação de novas estratégias das ações de promoção e prevenção em saúde.

Em um período de pandemia, os serviços de saúde são expostos a situações críticas, onde se torna necessário adotar planos estratégicos que incluam ações imediatas e eficientes. É importante ressaltar a capacidade da integração dos cuidados de gestão e assistência, que permite que os profissionais de saúde transformem suas práticas de trabalho, de modo a promover o acesso à saúde de forma integral por meio do cuidado interprofissional (RIOS *et al.*, 2020).

Diversos protocolos de atendimentos para o enfrentamento à essa pandemia na APS foram publicados no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Foi preciso seguir protocolos, referenciais e diretrizes estabelecidas por órgãos competentes, como a vigilância em saúde (ABRASCO, 2020).

O MS elaborou o Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde, que norteia o manejo clínico e as mudanças de fluxos da unidade, assim como o monitoramento dos casos suspeitos/confirmados de Covid-19 (BRASIL, 2020).

Os profissionais de saúde, de forma conjunta, precisaram estabelecer novos fluxos, metas, indicadores para direcionar os pacientes dentro do cuidado na APS, além de pensar em várias estratégias para atender aqueles que não haviam contraído Covid-19 (DUNLOP *et al.*, 2020).

É extremamente complexo o processo de trabalho na APS, pois, apesar de dispensar recursos tecnológicos e materiais caros e basear-se principalmente em tecnologias leves e relacionais, é um trabalho que envolve relações humanas entre os trabalhadores que compõem as equipes, entre estes e gestores, entre equipes e usuários, entre gestores e comunidade, além de precisar considerar os diferentes contextos de vida das pessoas em grande situação de vulnerabilidade social (PIRES *et al.*, 2019).

Importante compreender a pandemia não somente sob o ponto de vista biomédico, mas sobretudo como fruto do meio social ao qual o indivíduo está inserido, diversas reflexões sobre o desemprego, comprometimento ao acesso à alimentação adequada e saudável, condições habitacionais precárias, pouco acesso à informação também deve ser levado em consideração (SILVA, 2020).

A principal estratégia de controle da pandemia no país é o isolamento social e diminuição de circulação e de aglomeração.

Dentre os desafios, é preciso que APS continue com o cumprimento dos seus atributos, com acesso dos usuários às UBS e Clínicas da Família, ou seja, que elas continuem sendo portas abertas para os usuários, compreendendo as necessidades de saúde dos usuários, porém lidando com as restrições sanitárias da pandemia, resolvendo o que for possível a distância, reduzindo assim os atendimentos presenciais.

Em virtude de evitar a disseminação do Covid-19 dentro das unidades de saúde, foi necessário reorganizar os espaços físicos, estabelecendo fluxos distintos e ambientes adequados e ventilados para os usuários que apresentassem sinais e sintomas de Covid-19, mas diante da realidade das unidades de saúde no país, nem todas conseguem articular os espaços para a separação dos fluxos e, dessa forma, é preciso pensar na criação de espaços abertos de atendimento fora da unidade, ou na proposta de indicação de unidade para atendimento exclusivo aos sintomáticos respiratórios (LAVRAS, 2020).

Uma das mudanças no processo de trabalho dos profissionais da APS foi o acréscimo de novos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na rotina de trabalho, cujo uso acabou por se tornar permanente ao longo da jornada de trabalho. A disponibilidade de EPI e a capacitação para seu uso correto, além de rotinas de testagem dos profissionais, e seu isolamento em caso de suspeita de contágio ainda são desafios nas UBS de muitos municípios. Outra questão foi a implantação de processos de capacitação para o enfrentamento à pandemia, para a utilização dos protocolos e fluxos, bem como de novas tecnologias de informação e comunicação (LAVRAS, 2020).

As equipes de saúde da família e da APS tiveram que se reinventar, criando alternativas para a organização do seu processo de trabalho para cumprir com a responsabilidade em relação ao enfrentamento da pandemia e da necessidade de continuar a manutenção da oferta de cuidados a toda a população sob sua responsabilidade.

Muitos são os desafios que a pandemia trouxe para o trabalho na APS, mas também muitos foram os aprendizados e as potencialidades que as equipes assistenciais e a gestão aprenderam com essa pandemia. Outro importante desafio, mas que também se tornou uma potencialidade, foi a ampliação do uso da tecnologia, que tem tido papel fundamental para a continuidade das ações em

diversos espaços e APS. A utilização do WhatsApp, das redes sociais e do telefone celular para a realização de teleconsultas foram capazes de garantir a continuidade da oferta das ações de forma segura e o monitoramento dos casos permitindo o acompanhamento dos usuários e evitando o agravamento das condições de saúde (MEDINA *et al.*, 2020).

Essa nova abordagem com o uso da tecnologia, além de ser utilizada para os usuários portadores de Covid-19, é também utilizada para portadores de doenças crônicas, gestantes e grupos de maior vulnerabilidade que necessitam de um acompanhamento contínuo das equipes de saúde.

O uso do telefone para o monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 é um método potencial na recuperação dos princípios da APS, como o reforço da manutenção do vínculo com acolhimento e escuta qualificada, além da possibilidade de realizar orientações de cuidados e medidas de isolamento domiciliar.

A incorporação da telemedicina regulamentada pelo MS, excepcionalmente no contexto da pandemia de Covid-19, com finalidade de prestação de abordagem pré-clínica, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico foi bastante ampliada e utilizada no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2020). Esse novo modelo torna-se uma estratégia de cuidado fundamental nesse período, possibilitando ao usuário informações qualificadas quanto às suas necessidades de saúde e orientando como agir em nível individual.

Ferramentas como o TeleSUS e o Consultório Virtual de Saúde da Família têm como objetivo a expansão e a melhora da rede de serviços de saúde por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a teleassistência e teleeducação, principalmente da APS. Isso permite que a tecnologia facilite as consultas e orientações com médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, cirurgiões-dentistas e outros (GHIGLIA, 2020).

A educação em saúde mediada pela internet, com utilização de *lives*, vídeos no Youtube e envio de mensagens, não apenas ampliou e modificou as formas de aprender e ensinar como também tornou mais factível a comunicação virtual, propiciando interações no tempo e no espaço com maior liberdade de adaptação aos ritmos diferentes de quem aprende e quem ensina, ampliando a rede de contato e a interdisciplinaridade mesmo com corpos fisicamente distantes (MORAN, 2013).

Estratégias como a realização da vacina de rotina realizada em espaços públicos, entregas de receitas de uso contínuo nos domicílios com prazo estendido, articulação com organizações existentes no território com a perspectiva de proteção das famílias das condições de maior vulnerabilidade social foram importantes ferramentas utilizadas no âmbito da pandemia.

As visitas domiciliares (VD) realizadas pelos ACS durante a pandemia tiveram que mudar as suas características devido a abstenção em adentrar nos domicílios. Muitas VDs passaram a ser realizadas no peridomicílio do usuário, respeitando as regras de distanciamento social, porém possibilitando o acompanhamento dos pacientes e a entrega de medicamentos e insumos básicos à população, reduzindo assim as idas desnecessárias às unidades de saúde (MACIEL *et al.*, 2020).

Muitos profissionais tiveram que rever suas atividades no âmbito da APS. As equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) tiveram que reformular suas práticas e desenvolver novas ações para enfrentar a pandemia, visto que um dos pontos principais dessas equipes era a criação de grupos de promoção da saúde com os usuários na proposta de promoção e prevenção de agravos. Devido a suspensão dos grupos por causa do distanciamento social necessários entre as pessoas, muitos desses profissionais foram inseridos no processo de monitoramento dos casos suspeitos/confirmados de Covid-19, assim como nas estratégias de vacinação e na construção de atividades remotas por meio de vídeos em grupos de WhatsApp e das redes sociais e na garantia de atendimentos diretos aos usuários em situações de urgência de necessidade de acompanhamento contínuo.

O trabalho dos profissionais da saúde bucal durante a pandemia foi estabelecido por meio de notas técnicas da ANVISA que apontavam as regras para a assistência odontológica na APS, sendo restrito o trabalho desses profissionais aos atendimentos de urgência e emergência à população. Além disso, o MS incluiu essas equipes dentro da proposta de triagem dos usuários suspeitos pelo vírus, assim como no monitoramento dos casos por telefone (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

O desafio que tem sido posto não se restringe ao trabalho de uma categoria profissional, mas abrange o processo de trabalho das equipes da APS como um todo para garantir que os cuidados contínuos aos usuários permaneçam concomitantes às ações em consonância com as recomendações de prevenção da Covid-19.

Desafios para a formação multiprofissional em saúde no contexto da pandemia: E agora?

No âmbito da RMSF da ENSP muitos foram os desafios encontrados para ajustar a formação dos residentes multiprofissionais na saúde da família nesse momento de pandemia.

Alguns fatores vivenciados pelos residentes durante a pandemia: as fragilidades do vínculo profissional do residente que, apesar de assegurado pelo INSS, vive um constante não lugar entre ser estudante e trabalhador; a insuficiência de EPIs — associada à falta de boas práticas de biossegurança; a insegurança de ter que lidar com uma doença ainda muito nova para ciência; as intempéries de lidar com a disputa de discursos instaurada pela disseminação massiva de informações inverídicas sobre pandemia; e a dificuldade de manter a longitudinalidade do cuidado ofertado a usuárias(os) da Clínica da Família (TRITANY *et al.*, 2020).

O primeiro desafio foi relativo à formação acadêmica/teórica, dado que as aulas presenciais foram suspensas em toda ENSP/Fiocruz devido à pandemia, e desde 17 de março de 2020 o Programa da RMSF passou a disponibilizar suas atividades acadêmicas no formato emergencial remoto, com aulas síncronas e assíncronas.

As atividades assíncronas foram realizadas na plataforma Moodle e as síncronas na plataforma Zoom. As Unidades de Aprendizagem (UAs) tiveram que ser adequadas para esse novo formato. Além do ambiente virtual, foram reorganizadas as ementas das UAs, onde os processos acadêmicos como aulas teóricas, discussão dos casos, processos de trabalho e trabalhos finais foram alinhados ao contexto da pandemia.

Os espaços coletivos do Programa da RMSF também foram adaptados para o ambiente virtual: reuniões com os docentes, reunião de educação permanente com preceptores e docentes, COREMU/ENSP, orientação dos residentes pelos docentes da ENSP, seminário de TCR. Assim, o programa continuou com todas suas atividades programadas ao longo da pandemia, só que adaptado para o ambiente virtual.

Sem dúvida, o maior desafio foi a mudança no processo de trabalho nos cenários de prática dos residentes. No início da pandemia muitas UBS não tinham EPIs, assim a Fiocruz conseguiu comprar para os residentes até que as unidades regularizassem a aquisição desses insumos.

A mudança no processo de trabalho conforme sinalizado anteriormente também foi vivenciada pelos residentes que tiveram que se adaptar a novas rotinas das unidades de saúde para o enfrentamento da pandemia participando de todas as atividades, tais como: vacinação, testagem e seleção de acesso para os casos suspeitos de Covid-19.

Houve também a diminuição na execução de algumas atividades rotineiras como atendimentos das linhas de cuidado, visitas domiciliares, atividades de grupos e de promoção da saúde. Isso, sem dúvida, acarretou uma perda da vivência dos residentes nessas atividades.

Desse modo, podemos sintetizar que as atividades desenvolvidas pelos residentes durante a pandemia concentraram-se nas seguintes áreas: ações no território; ações de vigilância em saúde; atividades de monitoramento remoto; participação na reorganização dos fluxos de acesso dos usuários à UBS e processos de trabalho; atividades de continuidade do cuidado programado e demanda espontânea; e ações promotoras de cuidado e saúde do trabalhador. Muitas dessas atividades estão descritas neste livro nos relatos de experiência dos residentes.

Outro desafio enfrentado foi discutir a temática da saúde mental dos residentes neste enfrentamento à pandemia.

Para os profissionais de saúde de forma geral, o contexto ora apresentado possui aspectos ainda mais expressivos e peculiares, tendo em mente que estes ocupam posições de grande exposição, riscos e insegurança quanto ao futuro, suas possibilidades e limitações. Por consequência, o estado mental dos profissionais de saúde (e outros que estão ao seu lado, como motoristas, seguranças e trabalhadores da limpeza) exige atenção e preocupação especial, devido a fatores como a pressão, estresse e *burnout* ligados às longas horas de trabalho, ao manejo de casos graves e ao medo da contaminação e da morte, somados à distância da família e ao risco de ser estigmatizado ou hostilizado em sua vizinhança como potenciais transmissores do coronavírus (LIMA, 2020 *apud* OMS, 2015; WHO, 2020; IASC, 2020).

Estes profissionais de saúde precisam lidar a todo o tempo com a morte e com decisões difíceis que podem afetar seu bem-estar físico e mental. Além disso, com o rápido crescimento do número de profissionais de saúde infectados pelo Covid-19 e todo o estresse e tensão que têm sofrido, a saúde mental desses

profissionais tem sido objeto de grande apreensão. Atentando-se aos fatores de risco como exaustão física e mental, a dor da perda de pacientes e colegas, a dificuldade de tomada de decisão, o medo da contaminação e da transmissão da doença aos entes próximos, além das longas jornadas de trabalho, da falta de equipamentos de proteção individual e das constantes mudanças de fluxos e processos de trabalho (PRADO *et al.*, 2020). Apresenta-se assim a necessidade de realizar intervenções psicossociais a fim de acolher o sofrimento psíquico e promover a saúde mental durante e pós-pandemia, momento este em que as pessoas precisam se readaptar e lidar com as perdas e transformações emocionais, sociais e econômicas.

Podemos afirmar que a pandemia trouxe a saúde mental dos profissionais de saúde para o foco da atenção. Além dos sintomas físicos causados pela infecção, a circulação do vírus e suas medidas de contenção podem causar sintomas psicológicos, como quadros de ansiedade e depressão (MARTÍNEZ *et al.*, 2020).

A literatura internacional foi importante para discutir os efeitos da quarentena na saúde mental das pessoas que acabam por experienciar solidão, raiva, medo e incertezas (HUREMOVIĆ, 2019). Assim, é fundamental pensar em estratégias para mediar esses efeitos psicológicos negativos para os profissionais de saúde e para a elaboração de políticas de saúde mental em contextos de emergência sanitária como é o caso desta pandemia (CULLEN; GULATI; KELLY, 2020).

Estudiosos da saúde mental analisam a necessidade de interação social que foi afetada na formação dos residentes enquanto turma. Os residentes interagiam pessoalmente em pequenos grupos de residentes que ficavam alocados nos cenários de prática, mas houve a perda da interação entre todos os residentes enquanto turma. Os encontros da turma eram realizados em ambiente virtual, o que prejudicava a interação.

Além da restrição dessa interação social, a morte de pessoas próximas ou conhecidas também marcou a saúde mental das pessoas e dos residentes. O processo de luto foi agravado pelas mortes mais frequentes quando comparadas àquelas que estamos acostumados a lidar; são geralmente mortes repentinas, inesperadas e precoces. Os profissionais de saúde vivenciam esse processo mais fortemente, visto que muitos usuários perderam suas vidas nessa pandemia, além de amigos e familiares. Esse fator é considerado um agravante na geração de transtornos psicológicos, visto que dificulta a elaboração do luto normal. Além disso, os ritos de despedida também foram suspensos na pandemia devido às

medidas restritivas em saúde pública, aumentando a possibilidade de um luto mais difícil, marcado por maior intensidade e duração do que o esperado devido à dificuldade de se despedir ou de processar a situação (PANDEY *et al.*, 2020).

Como possibilidades de acolhimento da saúde mental, a Fiocruz oferta um espaço para os alunos pelo Centro de Atendimento ao Discente (CAD) que foi divulgado também para os residentes. Além disso, a saúde mental foi tema transversal em diversas UAs.

Importante compreender que os desafios que a APS enfrenta no contexto da pandemia de Covid-19, são frutos não só da mudança de fluxo de trabalho determinada pela pandemia, mas principalmente por um gradual desmonte das políticas públicas de saúde já existentes antes do surgimento da doença. Porém, esses novos desafios impostos pela pandemia impõem a tarefa do nosso SUS e da APS como porta de entrada e organizadora do sistema de saúde em se pensar nos cenários de prática no pós-covid.

Considerações finais

Novos desafios foram impostos ao SUS durante esse período de pandemia, o qual reforçou a importância de garantir atendimento integral à saúde da população por meio de um sistema universal e gratuito.

Para enfrentar a pandemia, é fundamental priorizar a APS com o modelo assistencial voltado para a Estratégia de Saúde Família por meio do fortalecimento dos atributos da atenção primária. O trabalho voltado para atenção ao território, com a criação de vínculo com a população no acompanhamento das vulnerabilidades, caracterizado por um atendimento multiprofissional e voltado para a continuidade do cuidado dos usuários, torna-se atribuição essencial em situações de emergência pública como a pandemia de Covid-19.

A APS demonstra-se resolutiva em situações de surtos e epidemias ao longo dos anos, pois, além de oferecer atendimento resolutivo, é potencializadora na identificação precoce de casos presentes no território, tendo como característica a atuação na promoção da saúde e prevenção de agravos.

A extensa oferta de ações e serviços pelos quais a APS é responsável a coloca como a ordenadora do cuidado e capaz de atender a maior parte das

necessidades de saúde, seja no âmbito individual ou no âmbito coletivo. É capaz de proporcionar uma atenção integral, pensando no cuidado individual e coletivo, obedecendo a uma visão integral de saúde, de acordo com as características estabelecidas nos determinantes e condicionantes sociais da saúde.

Apesar da necessidade das mudanças nos processos de trabalho dentro da APS, da mudança de fluxos e das novas formas de atendimento e de garantia do cuidado ao usuário, as equipes da atenção primária têm conseguido cumprir seu papel, reforçando-se a necessidade de investimento em equipes qualificadas para esse nível de cuidado, ressaltando também a importância das equipes multiprofissionais na continuidade do cuidado dos usuários tanto no momento pandêmico quanto na rotina do trabalho da atenção primária.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), “Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19”, Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO, 2020. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS_Semina%CC%81rio-APS-no--SUS-e-Covid-16-Abril-2020-fi nal.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020**. Brasília (DF), 2020a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Fluxograma atendimento odontológico**. Brasília-DF, mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 9**. Brasília, DF; 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/20200407-ProtocoloManejo-ver07.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS- CoV-2). Rio de Janeiro: ANVISA, maio, 2020d.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/cchttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm Acesso em: 20 ago. 2021.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de

COVID -19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1- 12, 2020.

CULLEN, W.; GULATI, G.; KELLY, B. D. Mental health in the Covid-19 pandemic. **QJM: monthly journal of the Association of Physicians**, [S. l.], v. 113, n. 5, p. 311– 312, 1 maio 2020.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A. E.; TASCA, R; LEITE, I. da C.; BRASIL, P; GRECO,

D. B; GRABOIS, V. CAMPOS, G. W. DE S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

DUNLOP, C. *et al.*, “The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response”, **BJGP Open**, v. 4, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GHIGLIA, C. M. M. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. **Revista Médica del Uruguay**, v. 36, n. 4, p. 411-417, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

HUREMOVIĆ, D. (org.). **Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak**. [S. l.]: Springer International Publishing, 2019. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9783030153458>. Acesso em: 5 abr. 2021.

LAVRAS, C. Atuação das equipes de APS durante o período de enfrentamento da Covid-19. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (org.). **Profissionais de Saúde e Cuidados Primários**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 84-101. (Coleção Covid-19, v. 6). Disponível em: <https://ipads.org.br/wp-content/uploads/2021/01/covid19-volume4-pginas-13-24.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

LIMA, R. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300214, 2020.

PRADO, A. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128, 26 jun. 2020.

MACHADO, Y. A. F.; STELLFELD, E. L. Médicos residentes: do anonimato ao protagonismo: A pandemia revela a importância dos residentes. **Revista de direito médico e da saúde: Doutrina, legislação, jurisprudência**, n. 21, p. 164, 2020.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, suppl 2., p. 4185-4195, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [on-line]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p.

MARTÍNEZ, J. *et al.* Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por Covid-19. **Med. U. P. B.**, [S. l.], v. 39, n. 2, p. 24–33, out. 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 19 ago. 2021.

MORAN, J. M. Ensino e aprendizagem inovadores com tecnologias audiovisuais e telemáticas. *In:* MORAN, J. M.; BEHRENS, M. A.; MASETTO, M. T. (orgs.). **Novas tecnologias e mediação pedagógica**, 21. ed. Campinas: Papirus, 2013. p. 11-67.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE(OPAS). 2020. *In:* Folha informativa – Covid-19(doença causada pelo novo coronavírus), 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52179/OPASWBRACOVID1920065_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 ago. 2021.

PANDEY, D. *et al.* Psychological impact of mass quarantine on population during pandemics-The Covid-19 Lock-Down (COLD) study. **PLoS One**, [S. l.], v. 15, n. 10, p. e0240501–e0240501, out. 2020.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, p. 103-109, 2001.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019.

PEREIRA, M. D. *et al.* A pandemia de Covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e652974548, 5 jun. 2020.

REBOUÇAS, E. R. N. Residência multiprofissional: contribuições durante a pandemia. **Cadernos ESP**, v. 14, n. 1, p. 118–23, 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, maio 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200043&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2021.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 37, p. e200063, 2020.

SILVA, B. Z. da. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravo na pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, e300308, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/07/Revista-physis-30-3_artigo-08.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021.

SILVA, L. M. V. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 110p.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&ex prSearch=622019&indexSearch=ID>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SUNDARARAMAN, T. Health systems preparedness for Covid-19 pandemic. **Indian J Public Health** [Internet], v. 64, n. 6, p. 91, 2020. Disponível em: <http://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/91/285624>. Acesso em: 20 ago. 2021.

TRITANY, R. F.; TRITANY, É. F. Uso Racional de Medicamentos para Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, Suplem. 2,2020.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI [internet]. [São Paulo]: Cosems SP; 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-Covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2)

[Covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-Covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2). Acesso em: 20 ago. 2021.

Capítulo 3

Segurança Alimentar e Nutricional no contexto de pandemia de Covid-19: uma reflexão sobre a importância da articulação intersetorial³

Ana Laura Brandão
Geisa Moreira de Jesus
Larissa Borlin Ladeira Ontiveros
Maria Carolina Rezende Simonsen
Mariana Espíndola Robin
Natasha de Jesus de Carvalho
Juliana Pereira Casemiro

1. Contextualizando a (In)Segurança Alimentar e Nutricional

A pandemia causada pelo novo coronavírus certamente deixará marcas em diversos aspectos da vida humana e não resta dúvida acerca de seus impactos sobre a alimentação e nutrição. Em parte, estes impactos estiveram relacionados às formas de escolher, adquirir, higienizar e preparar os alimentos. As incertezas e o medo relacionados à transmissão transformaram as compras domésticas em cansativas gincanas. Contudo, o convite deste capítulo coloca os olhares onde as incertezas e os medos são de outra natureza: a volta da fome.

Não cabe afirmar que a chamada “coronacrise” seria algo deslocado e alheio a um processo maior de crise do capitalismo (JAPPE *et al.*, 2020) nem revitalizar os discursos que tomam a fome como fenômeno inevitável ou uma espécie de flagelo. A fome é antes de tudo um “escândalo” (GEORGE, 1978, p. 23), “um fenômeno geograficamente universal, a cuja ação nefasta nenhuma continente escapa” (CASTRO, 2003, p. 76). Fazendo estas ressalvas, cabe, contudo, evidenciar que a

³ Este capítulo foi baseado no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado: “*Segurança Alimentar e Nutricional no contexto pandêmico de Covid-19 no jacarezinho: um relato de experiência*” defendido em fevereiro de 2021 como trabalho final do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Andresa Barbosa Candido, Geisa Moreira de Jesus, Laís Soares Faria de Souza, Larissa Borlin Ladeira Ontiveros, Maria Carolina Rezende Simonsen, Mariana Espíndola Robin, Natasha de Jesus de Carvalho e com a orientação dos professores Ana Laura Brandão e Roberto de Araújo Raposo.

pandemia de Covid-19 agravou a fome no mundo. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), em 2020 cerca de um décimo da população global estava subalimentada (FAO, 2021).

Os determinantes sociais da saúde representam causas fundamentais da saúde e da doença da população, visto que impactam diretamente na distribuição dos recursos, na seletividade social de exposição aos riscos, na constituição social e cultural de saúde e, principalmente, na forma como as instituições acompanham os indivíduos. A incidência de doenças está diretamente ligada a este conjunto de expressões da desigualdade social e elementos como renda familiar são fundamentais para compreender a origem e disseminação de calamidades em saúde durante uma pandemia (FIGUEIREDO *et al.*, 2020; FIGUEIREDO, 2020).

Compreender a pandemia não somente sob o ponto de vista biomédico, mas também como fruto do meio social no qual o indivíduo está inserido, faz com que sejam consideradas diversas reflexões sobre o desemprego/emprego informal, as condições habitacionais inadequadas, o acesso precário à rede de atenção à saúde, à alimentação e a informações sobre contágio e disseminação do vírus. Nesse contexto, tornam-se temas sensíveis e necessários a escassez de recursos necessários ao atendimento de toda a população e os diversos mecanismos sócio-burocráticos de avaliação de critérios que tangem tanto o cuidado em saúde quanto o acesso a direitos constitucionais (SANTOS, 2020).

No contexto da redemocratização do país e ampliação do escopo das políticas públicas sociais, o Brasil alcançou êxito na consolidação de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) capaz de ampliar acesso e proporcionar cuidado em todo o território nacional. Da mesma forma, o início dos anos 2000 marcam o momento de inserção do combate à fome na agenda de governo e, em consequência, a consolidação do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Entende-se SAN como:

realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

O caminho de estruturação de tais políticas públicas no Brasil demonstrou resultados relevantes para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação. Contudo, os rumos começam a se modificar a partir de um cenário de crise política e econômica vivenciada sobretudo a partir de 2016 (SANTARELLI *et al.*, 2017; SANTARELLI *et al.*, 2019).

Num cenário de desmontes, desfinanciamento e esvaziamento das políticas públicas de saúde e de SAN, chamam a atenção as imensuráveis barreiras criadas pela Emenda Constitucional do Teto de Gasto (EC 95/2016) que congela os gastos do governo federal por 20 anos (BRASIL, 2016); mudanças no financiamento da APS com a instituição do Previde Brasil (BRASIL, 2019); a Medida Provisória nº 870/ 2019, que extingue o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (BRASIL, 2019a); a Medida Provisória nº 1.061/ 2021, que institui o Programa Auxílio Brasil (Brasil, 2019b) e o Programa Alimenta Brasil e, desta forma, deu fim a um ciclo de políticas sociais construídas na perspectiva do DHAA.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares, publicada em 2020, referente aos anos 2017 e 2018, formulou perguntas relacionadas à Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), a qual evidenciou que, do total de 209,5 milhões de brasileiros, 10,3 milhões de pessoas viviam em domicílios que tiveram privação grave de alimentos. A prevalência nacional de segurança alimentar também diminuiu de 77,3 %, em 2013, para 63,3 %, em 2017 e 2018 (IBGE, 2020).

Segundo dados da Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos, realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2021), entre os meses de abril e maio de 2021, o custo médio da cesta básica de alimentos aumentou em 14 metrópoles. O município do Rio de Janeiro apareceu em quarto lugar na lista onde a cesta custa R\$ 622,76, entre maio de 2020 e maio de 2021, o preço do conjunto de alimentos básicos subiu em todas as capitais que fazem parte do levantamento, com altas que superam os 30% (DIEESE, 2021). O documento também avalia que o trabalhador que recebe um salário-mínimo, investiu em maio (de 2021) pelo menos 54,84 % da sua renda para comprar os alimentos básicos para uma pessoa adulta.

A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania Alimentar (REDE PENSSAN) monitorou entre setembro e dezembro de 2020 a SAN e os níveis de Insegurança

Alimentar (IA) nos domicílios de famílias brasileiras no cenário pandêmico. A pesquisa utilizou os mesmos padrões do IBGE, e teve como resultado que dos 211 milhões de brasileiros, 116,8 milhões vivem em algum grau de IA. Destes, 43,3 milhões não tinham comida em quantidade suficiente para atender suas necessidades e 19 milhões tiveram que enfrentar a fome. A pesquisa ainda avaliou que a IA grave foi quatro vezes maior entre as pessoas com trabalho informal (15,7%) comparado ao trabalho formal (3,7%) e seis vezes maior nos desempregados (22,1%) (REDE PENSSAN, 2021).

Sendo assim, se faz necessário compreender as particularidades da pandemia de Covid-19 em territórios expressamente demarcados pelas vulnerabilidades sociais e pela escassez de políticas públicas. Medidas protetivas adotadas com o objetivo de frear a disseminação do contágio no país implicaram a adoção do distanciamento social como método de barreira física resultando, portanto, no fechamento do comércio, das escolas e dos estabelecimentos não essenciais para funcionamento presencial (BRASIL, 2020a).

O presente capítulo tem por objetivo descrever uma ação relacionada à Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde desenvolvida por uma equipe de residentes multiprofissionais em uma comunidade do Rio de Janeiro, diante do contexto da pandemia de Covid-19.

2. Um olhar para o território: Jacarezinho, onde as vulnerabilidades sociais são bem expressivas

O Jacarezinho é um bairro localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, delimitado pelos bairros Maria da Graça, Jacaré, Sampaio, Manguinhos e Cachambi. De fácil acesso a outras regiões da cidade, o bairro está próximo a importantes vias de acesso a regiões centrais da cidade, como Avenida Brasil, Linha Amarela, Av. Marechal Rondon, Av. 24 de Maio e Túnel Noel Rosa. De acordo com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (2010), o território possui 37.839 habitantes.

A renda per capita no município do Rio de Janeiro é de R\$ 1.492,63 reais, enquanto no Jacarezinho este valor é de R\$ 438,22. O Atlas indica ainda que 2,52% do total de pessoas desta região se encontra na faixa econômica de extrema pobreza,

ou seja, com renda domiciliar per capita de até R\$ 70,00 mensais. A porcentagem de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou superior a R\$ 255,00 mensais, equivalente a meio salário-mínimo em agosto de 2010, era de 35,05%.

É importante ressaltar que 78,17% das pessoas residentes desta área possuem sua renda total proveniente de rendimentos do trabalho, tendo em vista que o rendimento médio da população que está empregada e possui 18 anos ou mais gira em torno de R\$ 753,74 reais mensais (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2010).

Há muita relevância nesta descrição de trabalho e renda para compreender o contexto de insegurança alimentar no território do Jacarezinho. É sabido que em economias monetizadas como a do Brasil, uma parcela importante das necessidades das pessoas, incluindo alimentação, são garantidas pela renda (ROCHA, 2003).

Assim sendo, a persistência e/ou o recrudescimento da fome encontra-se intimamente relacionado à pobreza. Os anos de 2002 a 2015 marcaram um período histórico de declínio da desigualdade e pobreza no país que esteve relacionado ao aumento real do salário-mínimo e crescimento do mercado formal associado, assim como à existência de orçamento para políticas sociais, incluindo a transferência de renda (CAMPELLO *et al.*, 2018).

Da mesma forma, a relação entre pobreza e saúde está bem estabelecida na literatura e se expressa no cotidiano dos serviços de saúde. O cenário brasileiro, marcado pelo empobrecimento da população e acirramento das desigualdades, convoca para o refazimento das tramas relacionadas aos processos saúde-doença-cuidado exatamente neste momento de retrocessos e austeridade (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Os serviços e trabalhadores da APS, por sua proximidade com população e territórios marcados por desigualdade, pobreza e fome, foram impactados fortemente por este contexto de crises – econômica, política e sanitária – que assola o país.

Em relação à escolaridade, a porcentagem de pessoas economicamente ativas que ocupam um cargo trabalhista e possuem ensino fundamental completo é 60,95%, enquanto 33,94% e 1,74% possuem ensino médio e superior, respectivamente. É relevante salientar que a relação entre IAN e baixa escolaridade, já bem estabelecida em literatura, foi confirmada no Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, desenvolvido pela Rede PENSSAN. Este estudo identificou que a fome estava presente em 14,7% dos domicílios em que a pessoa de referência não tinha

escolaridade ou possuía Ensino Fundamental incompleto e em 10,7% daqueles chefiados por pessoas com Ensino Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto (REDE PENSSAN, 2021).

Deve-se considerar ainda que grande parte dos moradores do território não possui vínculo de trabalho formal ou encontra-se em situação de desemprego sinalizando a precarização das condições de trabalho existentes: a taxa da população entre 18 anos ou mais economicamente ativa é de 65,26%, sendo que 12,11% destas pessoas encontravam-se desocupadas durante o levantamento do censo de 2010. Dentre esse primeiro grupo de pessoas, a porcentagem de empregados formalmente é de 60,16%. A taxa de trabalhadores informais desta faixa etária é de 15,96%. Esses dados foram retirados do Diagnóstico Situacional da Clínica da Família⁴. Além disso, de acordo com dados disponibilizados pela Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), aproximadamente 6.600 pessoas do Jacarezinho possuem dependência de programas de transferência de renda, como Programa Bolsa Família (PBF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC) (SUBPAV, 2020).

Além destes dados, é importante citar o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), o qual tem como finalidade medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. Dentre as variáveis que caracterizam as diversas facetas demográficas e situacionais, estão: rede de água adequada; rede de esgoto adequada; coleta de lixo adequada; número de banheiros por moradores; responsáveis por domicílio com menos de quatro anos de estudo; responsáveis por domicílio com 15 anos ou mais de estudo; analfabetismo em maiores de 15 anos; responsáveis por domicílio com renda até dois salários mínimos; responsáveis por domicílio com rendimento igual ou superior a dez salários mínimos; rendimento médio dos responsáveis por domicílio em salários mínimos. Com base nesses dados, no ano de 2008, dentro os 162 bairros listados, o Jacarezinho ocupava a posição 132, segundo aponta o documento do IDS: comparando as realidades micro urbanas da cidade do Rio de Janeiro.

⁴ Essas informações foram retiradas do Diagnóstico Situacional da Clínica da Família realizado pelas residentes multiprofissionais em saúde da família ENSP/FIOCRUZ, que tem por objetivo realizar a identificação de necessidades e potencialidades em saúde, levantar a oferta/utilização dos serviços e de informações e dados sobre o território que possibilitem identificar potencialidades e necessidades das equipes de saúde da família que acolhe os residentes nos cenários de prática (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Tais características sociodemográficas corroboram para a proliferação de agravos diretamente relacionados aos determinantes sociais da saúde, como a insegurança alimentar e nutricional (IAN), além de infecções virais e bacterianas, como tuberculose, dengue, infecções sexualmente transmissíveis, sarampo, gripe, entre outros.

No Jacarezinho, esta soma de realidades torna a população refém de um cenário de extrema vulnerabilidade social. Ao considerar as condições sociodemográficas do território, compreende-se que a transmissão do vírus e o agravamento da doença ocorrem de maneira singular, tendo em vista que os critérios exigidos de isolamento social ou medidas de prevenção são difíceis de seguir.

Diante das consequências geradas pela proliferação do coronavírus no Brasil, entende-se que ocorrem de forma particular em territórios altamente marcados pela fragilidade de proteção social. Sabe-se que a SAN pode ser afetada pelos impactos sociais e econômicos da Covid-19, especialmente se considerarmos as situações de desigualdade social, de renda, étnico-racial, de gênero e de acesso a serviços de saúde (ALPINO *et al.*, 2020) muito característica desses territórios.

Somam-se a estes fatores as diversas práticas de violências promovidas pela instituição militar do Estado do Rio de Janeiro, o que pode ser evidenciado por meio dos dados contidos no Atlas da Violência do ano de 2020 (IPEA, 2020).

A partir da vivência do processo de trabalho desenvolvido pelos residentes multiprofissionais em Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade do Rio de Janeiro neste território, foi identificado o debate sobre a SAN como central para garantia da saúde integral dos usuários atendidos. Isto porque, a partir dos diferentes dispositivos de atuação na Clínica da Família, como atendimentos individuais, grupos terapêuticos, interconsultas e visitas domiciliares, foram observadas demandas clínicas e sociais que retratam a insegurança alimentar e nutricional dessa população.

Esta UBS está inserida na APS, entendida como a porta de entrada para os serviços de saúde pública e coordenadora do cuidado para esse território. Para tanto, a Clínica da Família Anthidio Dias (CFAD) do Jacarezinho possui sete equipes de saúde da família, uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Atenção Básica (NASF-AB), uma equipe de Consultório na Rua, além dos profissionais administrativos, possuindo em torno de 21.000 usuários cadastrados (RIO DE JANEIRO, 2018).

Cada equipe de saúde da família é composta por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e um técnico de saúde bucal (BRASIL, 2017). A equipe NASF-AB na CFAD é composta por uma nutricionista, psicóloga, uma fisioterapeuta, uma assistente social e um professor de educação física. Já a equipe do Consultório na Rua é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e dois agentes sociais.

O escopo de ações em saúde realizado nesta unidade de saúde abarca prevenção de agravos, promoção de saúde, diagnóstico, tratamento, redução de danos e reabilitação. Para tal, desenvolvem-se, neste equipamento, diferentes linhas de cuidado de caráter individual e coletivo, objetivando a garantia dos princípios que regem a APS.

Desafiadas pela emergência sanitária de Covid-19, as equipes de APS remodelaram seus processos de trabalho para desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia (DAUMAS *et al.*, 2020), adotando novos fluxos, por meio de recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). No Rio de Janeiro a CFAD, também foi orientada pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 3.2 (CAP 3.2) (RIO DE JANEIRO, 2020), e assim implementou estratégias para o cuidado dos indivíduos e famílias de seu território e passaram a adotar rotinas distintas que interferiram no rol de atribuições dos trabalhadores neste momento crítico.

Na CFAD, foi elaborado, pelos profissionais, um Painel de Monitoramento de Covid-19, que objetivou realizar um levantamento dos dados quantitativos e qualitativos relacionados a casos e óbitos suspeitos/confirmados na área de abrangência deste equipamento de saúde, correlacionando-os com categorias como raça, gênero, faixa etária, equipe cadastrada e comorbidades clínicas. Assim, pôde-se perceber a urgência de ações e medidas que atentem para o grau de desnutrição, obesidade, hipertensão, diabetes, entre outros diagnósticos clínicos, mas que também os ultrapassem, abarcando o sentido ampliado de saúde.

3. Experiência do Jaca Contra o Corona: O Papel da Articulação Intersectorial na Mitigação da Insegurança Alimentar e Nutricional

Para que o direito humano à alimentação seja realizado, existe a necessidade de integração com outros dispositivos da rede de saúde e intersectorial por meio de uma lógica integrada de atuação objetivando a saúde e a alimentação adequada e saudável.

Considerando o contexto da pandemia, a negligência estatal e a escassez de políticas públicas, as estratégias de organização coletiva e resistência popular consolidaram-se para mitigar possíveis agravos econômicos e sociais ainda mais expressivos na comunidade. Experiências de articulação comunitária para identificar os mais vulneráveis à fome e fazer chegar doações de alimentos por iniciativas de movimentos sociais espalharam-se pelo país, introduzindo debates sobre novos protagonismos e reterritorialização de sistemas agroalimentares (ACCV, 2021).

Assim, o apoio e fortalecimento de movimentos sociais articulados com lideranças comunitárias traz não apenas o protagonismo da sociedade civil em torno da apropriação de sua realidade e condição de sujeito histórico e político, como também a construção de possíveis caminhos intersectoriais e intervenções estratégicas frente às expressões da questão social. Estes se configuram como um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos que resulta, também, na gestão integrada das políticas sociais e que procura responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território (NASCIMENTO, 2010).

Sendo assim, três frentes que atuam na favela do Jacarezinho, se uniram para pensar ações emergenciais de combate à proliferação do vírus e às consequências socioeconômicas geradas:

1. Coletivo Núcleo Independente Comunitário de Aprendizagem (NICA), formado por uma equipe de professores voluntários que tem por objetivo o acesso da população à uma educação popular, democrática e emancipatória;
2. Jacaré Basquete, iniciativa criada por um ex-atleta de basquete, que visa promover a emancipação dos jovens por meio do esporte;
3. Jacaré Facilitador, que promove cursos de maquiagem, cabeleireiro

e modelagem, de forma a apresentar possibilidades de geração de renda, além de fortalecer as redes comunitárias.

Desta forma, consolidou-se então um coletivo, denominado Jaca Contra o Corona, que se articulou com a UBS presente no território, por meio da equipe de Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família no ano de 2020, para pensar ações emergenciais relacionadas ao agravamento de problemáticas durante a pandemia, tais como: o desemprego, a ausência de renda, a IAN e as condições de moradia precárias.

Estruturou-se um trabalho que compreendeu a pandemia para além das questões clínicas geradas pelo coronavírus. Nesse processo de aprendizado mútuo o papel das residentes foi de facilitar processos de planejamento coletivo das ações implementadas, assim como a identificação do público-alvo e as pactuações das atividades desenvolvidas, fortalecendo assim a intervenção.

Sendo assim, pode-se considerar que tal articulação caracterizou-se como uma iniciativa de cunho intersectorial. Segundo, Feuerwerker e Costa (2000) a intersectorialidade é:

A articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (p. 29).

A intersectorialidade pode ainda ser descrita como:

Uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender a suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (JUNQUEIRA, 1997 *apud* WARSCHAUER; CARVALHO, 2014, p. 193).

A iniciativa do Jaca Contra o Corona teve como objetivo geral garantir o acesso a alimentos de qualidade com valor nutricional adequado, visando mitigar a insegurança alimentar e nutricional.

As ações foram iniciadas por meio do compartilhamento de conteúdo sobre a mobilização em mídias sociais. Concomitantemente, houve divulgação contínua de formas de arrecadação de recursos financeiros via financiamento coletivo pela internet para a compra das cestas básicas, kits de higiene e cuidados pessoais para famílias que se encontravam em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica.

A fim de fortalecer a economia local, a compra de produtos foi realizada no comércio da comunidade, visando auxiliar a manutenção da renda de trabalhadores deste território, possibilitando a circulação de capital.

Ademais, a ação se propôs a ampliar os espaços de educação em saúde e debate sobre medidas de proteção e prevenção em saúde. Esse trabalho se deu a partir de rodas de conversa dialógicas realizadas pela equipe de residentes com a comunidade, com socialização de informações preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde a respeito da proliferação e de formas de contágio do coronavírus, enfatizando a necessidade e viabilidade de distanciamento social, uso de máscaras, além de possíveis tratamentos e de combate às *fake news*.

Cabe destacar a importância de a APS exercer seu papel nestas ações pensadas desde o direito humano à alimentação adequada e junto com o território. No estudo de Guerra *et al.*, 2021, foram pontuadas três categorias de ações relacionadas ao DHAA por parte dos profissionais da APS: a voltada para a dimensão biomédica da alimentação; a voltada para o acesso e a disponibilidade de alimentos no território; e a em equipe voltada para a realidade alimentar local dos usuários (GUERRA *et al.*, 2021).

A metodologia de trabalho adotada para a realização das ações dessa iniciativa foi o mapeamento das famílias em situação de vulnerabilidade realizado pelas Agente Comunitário de Saúde (ACS), visto que estas, além de moradoras do território e trabalhadoras da saúde, possuem grande conhecimento sobre as famílias adscritas de suas equipes. As famílias selecionadas por cada agente foram aquelas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica naquele momento.

O papel dos ACS durante a pandemia de Covid-19 mostrou-se mais uma vez fundamental na efetivação de elo com a comunidade, sobretudo com os mais

vulneráveis, atuando sobretudo nas iniciativas de aconselhamento, acolhimento e mobilização de recursos dentro da própria comunidade (DAUMAS *et al.*, 2020).

A ampliação do autocuidado e do cuidado compartilhado no território foram fortalecidos por meio da produção de materiais informativos com ilustrações e orientações sobre estratégias de prevenção contra o coronavírus.

Também foi produzida uma cartilha contendo orientações sobre violência contra mulher, incluindo informações sobre canais de proteção à mulher, dado que durante a pandemia houve aumento desse tipo de violência (PLATT *et al.*, 2020). Para Batista e Quirino (2020), a APS é um importantíssimo dispositivo na atuação da prevenção da violência no território pela proximidade, pela centralidade familiar e pela abordagem comunitária.

Durante o período de realização das ações, entre abril e julho de 2020, foram atendidas 3.000 famílias, contempladas com a doação de 3.000 cestas básicas contendo, cada: dois quilos de arroz, dois quilos de feijão, dois quilos de farinha, dois quilos de macarrão, um quilo de açúcar, um quilo de sal, um extrato de tomate, duas latas de sardinha e um litro de óleo de soja.

Além disso, foram entregues 3.500 kits de limpeza (contendo: quatro sabonetes, duas garrafas de água sanitária, dois detergentes e um álcool em gel), 4.000 materiais impressos de apoio para educação em saúde, 1.000 quentinhas, 6.000 máscaras de tecido e 1.000 mães atendidas com kits bebês. As ações foram realizadas entre a quadra de samba do GRES Unidos do Jacarezinho, localizada ao lado da CFADS, e no espaço de realização dos eventos do Jacaré Facilitador.

Num contexto de esvaziamento das políticas públicas de SAN e crise política e econômica, as ações de solidariedade social e doação de alimentos desenvolvidas no âmbito da sociedade civil mostraram-se fundamentais no enfrentamento da IAN (ACCV, 2021). A experiência descrita traz muitas características experimentadas em relação a SAN no Brasil que tem como marca a intersectorialidade sendo realizado um processo de articulações sobretudo com os movimentos sociais.

De acordo com Gohn (1997, p. 251-252 *apud* CASTILHO, 2013) o conceito de movimentos sociais é:

[...] ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais articuladas em

certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país criando um campo político de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflitos, litígios e disputas vivenciados pelo grupo na sociedade. As ações desenvolvem um processo social e político cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. Esta identidade é amalgamada pela força do princípio da solidariedade e construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo, em espaços coletivos não institucionalizados (CASTILHO, 2013, p. 10)

Como parte da constituição de políticas públicas e iniciativas que promovam saúde na sua integralidade, visando a redução das desigualdades sociais bem como a garantia de segurança alimentar e nutricional, os movimentos sociais se colocam enquanto dispositivos importantes de atuação nestas frentes. Estes entram como um tensionamento, fazendo uma movimentação e buscando de fato contemplar a SAN enquanto um direito. Fazem também com que a população tenha voz e questione o motivo da não garantia do seu direito, além de viabilizar formas para que esse acesso seja possível.

A SAN é um direito e, no contexto pandêmico, a sua negação fica ainda mais evidenciada. Desta forma, as camadas mais pauperizadas da sociedade, mais vulnerabilizadas pelo Estado, são as que mais sofrem na escassez de políticas públicas. Assim, a participação da sociedade civil no campo da Alimentação e Nutrição é de extrema importância e se mostrou fundamental na mitigação da IAN. No município do Rio de Janeiro, as frentes comunitárias e os movimentos sociais foram de extrema importância no enfrentamento das questões geradas pela pandemia.

Considerações finais

A garantia do direito à alimentação é fortalecida pela articulação da sociedade civil e atuação dos movimentos sociais, desdobrando-se em iniciativas comunitárias de solidariedade, assim como na efetivação do controle social. Implementar mecanismos de discussão e construção de ações locais sobre o tema, a partir do diálogo com as necessidades da população, é indiscutivelmente fundamental.

Contudo, para além disso, o contexto atual aponta para a necessidade de recomposição das políticas públicas de SAN e sua efetiva integração com as ações de saúde e outras políticas sociais, com ampliação e permanência de investimento do Estado. Neste caminho, cabe considerar as características regionais de saúde e os determinantes sociais e como estes interferem na garantia da SAN. Vale ainda ressaltar a necessidade de uma perspectiva ampliada e transversal que incorpore os diferentes campos de saberes não se restringindo à temática da nutrição e da saúde.

Nesse contexto, uma contribuição importante para a formação crítica dos residentes multiprofissionais em saúde da família é a incorporação da temática da Segurança Alimentar e Nutricional com destaque para a potencialidade das ações interdisciplinares e interprofissionais que podem ser desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Referências

ACÇÃO COLETIVA COMIDA DE VERDADE (ACCV). Ação Coletiva Comida de Verdade: Aprendizado em Tempos de Pandemia. Resultados de pesquisa e indicativos de ação do projeto “Covid-19 e sistemas agroalimentares no Brasil: Quais saídas para um futuro melhor?”, set. 2021. Disponível em: <https://acaocoletivacomidaverdade.wordpress.com/#:~:text=A%20A%C3%A7%C3%A3o%20Coletiva%20Comida%20de,da%20seguran%C3%A7a%20alimentar%20e%20nutricional>. Acesso em: 20 out. 2021.

ALPINO, T. de M. A. *et al.* Covid-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00161320, 2020.

BATISTA, M. K. B.; QUIRINO, T. R. L. Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. **Saúde Social. São Paulo**, v. 29, n.4, p. e180843, 2020.

BRANDÃO, A. L.; BARROS, D. C.; TEIXEIRA, M. B. Ferramentas Pedagógicas no Processo Formativo na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. In: CARVALHO, M. A. P. de *et al.* (org.). **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2020, p.91-114.

BRASIL. **Decreto-lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, 15 set. 2006.

BRASIL. **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; 2016.

BRASIL. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional

de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 13 nov. 2019b.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**, v.9, 2020a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf> Acesso em: 09 set. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. 20221. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>. Acesso em: 25 set. 2021.

CAMPELLO, T. *et al.* Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 3, p. 54-66, 2018.

CASTILHO, C. J. M. Movimentos sociais: a difícil tarefa de defini-los. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 02, n. 01, 2013.

CASTRO, J. **Fome: um tema proibido - últimos escritos de Josué de Castro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (2021). Disponível em: <https://www.dieese.org.br/sitio/buscaDirigida?comboBuscaDirigida=TEMA%7Chttp%3A%2F%2Fwww.dieese.org.br%2F2012%2F12%2Fdieese%23T356912378>. Acesso em: 09 set. 2020.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition, and affordable healthy diets for all. Rome, FAO.2021. Disponível em: <https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html>. Acesso em: 29 jan. 2022.

GEORGE, S. **O mercado da fome**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 120 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 19 dez. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano: retratamos o desenvolvimento humano sustentável e as desigualdades no Brasil, combinando dados de qualidade com formas amigáveis de visualização. 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 09 set. 2020.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEIREDO, A. *et al.*, Determinantes sociais da saúde e infecção por Covid-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 73 (Suppl 2), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWMP6bK9QNLkpPBqJhBw/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev 2021.

FIGUEIREDO, J A. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 18, n. 3, 2020, e00280112. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00280. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SHD6bj9xgZQvbHGgycCTyJN/?lang=pt#:~:text=A%20teoria%20que%20considera%20as,da%20Covid%2D19%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GUERRA, L. D. S.; BOTELHO F. C.; MANCUSO, A. M. C. “Se você pegar locais de maior periferia, esqueça!”: a (falta de) atuação pelo direito humano à alimentação adequada na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 8, p. e00235120, 2021.

JAPPE, A. *et al.* **Capitalismo em quarentena: notas sobre a crise global**. São Paulo: Elefante, 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020.

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, p. 39e202067, 2021.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (REDE PENSSAN.). **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Brasil, 2021. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 06 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde - Nota Técnica da Assessoria Especial - Atenção Primária à Saúde, ANEXO I** (In: Resolução SMS nº 4379 de 28 de abril de 2020) Orientações sobre a Prevenção e Manejo da Transmissão e Infecção pelo novo Coronavírus (SARS-Cov-2) e Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2020.

SANTARELLI, M. *et al.* Da democratização ao golpe: avanços e retrocessos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no Brasil. Brasília: FIAN Brasil, 2017.

SANTARELLI, M. *et al.* **Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome**. Brasília: FIAN Brasil, 2019.

SANTOS, L.; MOTA, A.; SILVA, M. A dimensão subjetiva da subcidadania: considerações sobre a desigualdade social Brasileira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 700-715, 2013.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, mar. 2014.

Capítulo 4

Atenção à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador e Ações de Cuidado em Saúde Mental Durante a Pandemia em uma Clínica da Família na Baixada Fluminense: um relato de experiência⁵

Bruna de Lima Ferreira
 Carolina Feitoza da Silva Ramos
 Debora Duarte Batista
 Isabel Danielle de Moraes Silva Travaglini
 Júlia Batista Afonso
 Marcos Paulo de Oliveira Matos
 Luiz Albérico Araújo Montenegro

1. Introdução

Na China, em dezembro de 2019, houve registro de um novo coronavírus denominado “*severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*” (SARS-CoV-2), que se tornou o mais grave problema de saúde pública da atualidade — a pandemia foi declarada em 11 de março de 2020 (OMS, 2020).

Algumas questões que envolvem a pandemia no trabalho em saúde foram observadas com atenção pela equipe de residentes, tais como: as horas de trabalho extensas, a redução da força humana de trabalho nas equipes de atenção básica devido aos afastamentos por comorbidades, a probabilidade de se infectar e o medo de infectar seus familiares graças a virulência do Covid-19. Os altos níveis de desgaste profissional, adoecimento físico e psicológico geram um alto risco psicossocial (SILVA; MINAYO, 2019).

⁵ Este Capítulo foi baseado no Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado: Atenção à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador e Ações de Cuidado em Saúde Mental Durante a Pandemia em uma Clínica da Família na Baixada Fluminense: um relato de experiência, defendido em março de 2021. Autoria dos residentes: Antonio José Franco Rodrigues, Bruna de Lima Ferreira, Carolina Feitoza da Silva Ramos, Debora Duarte Batista, Isabel Danielle de Moraes Silva Travaglini, Júlia Batista Afonso e Marcos Paulo de Oliveira Matos, com a orientação dos docentes: Luiz Albérico Araújo Montenegro e Daniel Ricardo Soranz Pinto.

Nesse contexto, a equipe de residência multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) alocada em Mesquita (município da Baixada Fluminense) e tendo a Clínica da Família (CF) Jacutinga como cenário de prática profissional e formativa, problematizou questões que afligiam os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde, a fim de construir ações e estratégias de cuidado de saúde mental na unidade durante a pandemia do novo coronavírus. O esforço foi de pensar em práticas de cuidado que amenizassem os danos físicos, mentais e sociais e fortalecesse o laço social.

O principal objetivo da equipe foi oferecer acolhimento a quem também cuida; dando suporte a trabalhadoras e trabalhadores durante sua jornada de trabalho para a criação de um espaço de sociabilização, escuta, troca de orientações cientificamente fundamentadas, bem como apoio comunitário no sentido de os próprios integrantes oferecerem estratégias de cuidado coletivo.

Tais espaços foram construídos a partir de uma perspectiva de diálogo e escuta qualificada constante, sobre o contexto local e seus atores sociais, na realização de atividades grupais denominadas oficinas “Quem Cuida também precisa de Cuidado”, na produção de materiais de educação em saúde de temas diversos e abertura e fortalecimento da relação das trabalhadoras e trabalhadores da CF com a equipe de residência para a realização de acolhimentos individuais, quando necessário, ações ancoradas na educação popular em saúde.

Para sustentar a base teórica do tema central deste trabalho final, parte-se da perspectiva da psicologia social crítica de Martín Baró - um importante pensador latino-americano - que trouxe contribuições aqui compreendidas como revolucionárias para o campo da saúde mental. O autor atentou-se à necessidade de compreender a saúde mental como um processo histórico situado em uma realidade latino-americana de desigualdades sociais que são efeitos colaterais da sociedade capitalista (MARTÍN-BARÓ, 2017).

É entendido que a saúde de forma integral é atravessada pelas expressões da questão social geradas pelo modo de produção capitalista, modelo esse que implementa e aprofunda desigualdades sociais, pobreza e exclusão social em suas múltiplas dimensões. Pois ela se diferencia do pauperismo de outras sociedades que sofriam por conta da escassez de recursos, sendo que, no capitalismo, quanto mais se produz riqueza apropriada por uma minoria, mais

umenta a miserabilidade das condições de vida da maioria dos trabalhadores (COSTA; MENDES, 2020).

Então, ao tratar sobre a saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores, entende-se que a cidadania é um ponto-chave de análise. Há uma relação indissociável com a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, o lazer, o gênero e a raça. Acreditamos que essa relação constrói a experiência de um indivíduo e organiza suas interações. O volume de trabalhos compartilhados aqui descreve as experiências de trabalhadoras e trabalhadores em formação pertencentes a sete núcleos de formação profissional compreendidos pela Psicologia, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Enfermagem e Educação Física, com múltiplas compreensões sobre o campo de cuidar em saúde.

Diante do exposto, o presente texto propõe reflexões e discussões acerca das consequências da Covid-19 na rotina dos processos de trabalho da Clínica da Família Jacutinga em Mesquita (RJ) a partir do relato de ações de cuidado desenvolvidas por uma equipe multiprofissional de residentes de Saúde da Família.

2. Método

O método utilizado resgata elementos da Pesquisa-Ação-Participante segundo um de seus principais expoentes, o sociólogo colombiano Orlando Fals-Borda. Para este, o compromisso do pesquisador está ligado a sua autoconscientização enquanto membro de um coletivo e parte das relações sociais produzidas, portanto, habitando e construindo a realidade que observa, devendo, portanto, alinhar-se à produção científica de forma que esta seja relevante na resposta às demandas e necessidades dos sujeitos locais, no âmbito social e político (BORDA, 1979).

Assim, firmam-se alguns elementos da Pesquisa-Ação-Participante, como: a devolutiva e atualização constante do conhecimento produzido; as estratégias comunicativas dialógicas que se façam compreensíveis culturalmente; a construção mútua entre conhecimentos ditos acadêmicos e os saberes populares, uma forma de trabalho ativa e centrada na constante reflexão-ação (CHICHOSKI; ALVES, 2019).

Para Fals-Borda, pensar a articulação entre teoria-prática é um constante desafio. Assim, um caminho possível é a assunção da práxis, onde a teoria é

indissociável da prática e se faz como ação, visando transformação. Da mesma forma, não é possível separar o sujeito de seu objeto de intervenção, uma vez que compartilham uma experiência similar em um processo histórico, como a equipe de residência que produz o relato e as/os trabalhadoras e trabalhadores da CF Jacutinga, resultando, portanto, uma relação sujeito-sujeito (BORDA, 1979).

Em confluência, como técnica, utilizou-se a observação-participante com participação plena, assumindo que quem relata está imerso no grupo e na experiência a ser relatada, transforma e é transformado pelo contexto (MINAYO, 2011). Descrevemos em seguida no quadro 1 os instrumentos utilizados para construção das ações de cuidado em saúde e, no quadro 2, uma síntese das etapas realizadas.

Quadro 1. Descrição dos instrumentos utilizados para construção das ações de cuidado em saúde.

Instrumentos	Descrição
Diário Reflexivo	Componente curricular mensal de registro sistematizado das atividades e reflexões em campo.
Relatórios Coletivos	Relatórios elaborados coletivamente após cada oficina realizada a partir das anotações do relator em colaboração com as/os demais residentes participantes.
Outras anotações:	Anotações não-sistematizadas de nossas impressões realizadas no cotidiano do trabalho a partir da escuta ativa.

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 2. Descrição e síntese das ações de saúde.

Descrição das Ações	Síntese
Escuta ativa e diálogo com as/os trabalhadoras(es)	Compreensão e diálogo sobre a realidade das trabalhadoras e trabalhadores no período pandêmico
Produção de materiais de Educação em Saúde	Apoio por comunicações audiovisuais. Materiais de leitura, vídeo sobre cuidados.
Oficinas “Quem cuida também precisa de cuidado”	Atividade em pequeno grupo de trabalhadores, respeitando o distanciamento social e sem aglomeração.
Plantão de acolhimento	Espaço de acolhimento individual para trabalhadoras e trabalhadores

Fonte: Elaboração dos autores.

2.1. Escuta ativa e diálogo com as/os trabalhadoras(es)

Este momento, iniciado em abril, foi centrado na escuta ativa das trabalhadoras e trabalhadores da saúde em Mesquita e na CF Jacutinga, pois foi realizada em um período em que a equipe de residência fez visitas técnicas a outras CF do município e no Polo de Atendimento Exclusivo para Covid-19. A ocasião foi aproveitada para dialogar com o maior número de trabalhadoras e trabalhadores possíveis no momento. Esse movimento intentou, além de oferecer uma escuta qualificada às trabalhadoras e trabalhadores que se sentissem confortáveis, também apreender o contexto local para possibilitar o planejamento das ações que, como preconizado no método, fizesse sentido na experiência concreta das trabalhadoras e trabalhadores locais, e para isso, é fundamental ouvir os atores sociais envolvidos e igualmente produtores do saber.

Segundo as percepções dos diferentes residentes nos processos, elaboramos, em discussões coletivas, três eixos para organizar os principais temas de relevância elencados e se pensar propostas possíveis para os problemas identificados. O primeiro foi sobre o que era e como estava a própria saúde mental na pandemia, bem como emoções e pensamentos recorrentes. Já o segundo, pensar os impactos socioeconômicos para o trabalhador e seu conjunto familiar, implicando renda, condições de trabalho, vínculos empregatícios e conhecimento e acesso aos benefícios sociais. Por fim, notamos as estratégias de autocuidado, que já estavam presentes (como a relação com alimentação, atividade física, o uso de medicações) pois, é esperado que o próprio grupo desenvolva suas ferramentas para responder ao contexto que podem ser repensadas, potencializadas ou compartilhadas.

2.2. Produção de materiais de Educação em Saúde

Assim, a partir de pontos cruciais identificados neste primeiro momento e durante os meses em que as atividades se seguiram, foram sendo produzidos ao longo do tempo uma série de materiais digitais de Educação em Saúde, culturalmente adaptados ao contexto, combinando elementos escritos e visuais. Os materiais foram divulgados através de um Aplicativo criado em colaboração com o setor de tecnologia da informação com a prefeitura local, intitulado “MultiSUS,

Mesquita”. Além disso, os materiais também foram impressos e distribuídos nas oficinas e outros espaços propícios, como demonstrado no quadro 3.

Quadro 3. Produção de materiais de comunicação em saúde e seus objetivos.

Material (tema)	Objetivo
Fluxograma do Auxílio Emergencial	Apresentar o que é, os critérios e passos necessários para se acessar o Auxílio Emergencial e outros benefícios sociais.
Higienização das mãos	Auxiliar as trabalhadoras e trabalhadores de saúde em seu local de trabalho, orientando sobre a proteção individual e coletiva a partir de protocolos de biossegurança.
Alimentação x Ansiedade	Lista de alimentos que possuem função calmante ou relaxante e lista de alimentos que podem gerar agitação.
Coronavírus e Vitamina D	Desmistificar uma possível associação entre prevenção a Covid-19 e consumo de vitamina D
Técnicas de respiração	Ilustrar e explicar técnicas de respiração que alivia a tensão

Fonte: Elaboração dos autores.

2.3. Oficinas: Quem cuida também precisa de cuidado

As oficinas Quem cuida também precisa de cuidado foram atividades grupais planejadas como uma oferta de cuidado psicossocial diante do cenário que se apresentou a saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores da CF Jacutinga, durante o advento da pandemia de Covid-19. Buscamos alinhar recomendações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, como a promoção das estratégias de cuidados entre pares, fortalecimento de redes socioafetivas e apoio comunitário, e possibilitar que as trabalhadoras e trabalhadores pudessem se expressar e ter acesso a informações seguras (MELO *et al.*, 2020).

Como método de construção pedagógica, foi tido como influência e de forma adaptativa às possibilidades do contexto, os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), especialmente o diálogo, a amorosidade e a construção compartilhada de saberes (BRASIL, 2013).

Desta forma, foram ao todo oito oficinas compreendidas entre os meses de maio a julho, que ocorreram uma vez na semana, a maioria no espaço aberto da CF, com distanciamento entre os participantes e uso contínuo dos equipamentos individuais de segurança. Durava de 20 a 50 minutos, contando em média com oito participantes, sendo duas trabalhadoras(es) residentes na condução, uma na relatoria e cinco trabalhadores ou trabalhadoras da CFJ. Participaram ao todo 29 trabalhadoras(es) da CF Jacutinga de 13 categorias distintas.

A equipe de residência se reunia no dia semanal da oficina no turno da manhã, para planejamento das atividades e matriciamento interno sobre os diversos temas levantados. Todas e todos na equipe se revezavam na condução e relatoria da atividade, de modo que fosse garantida a participação na experiência da forma mais igualitária possível, sem restringir o cuidado construído em saúde mental a nenhuma categoria em específico.

Apesar da divulgação constante da atividade, para que ela realmente se realizasse, inserida na rotina do serviço, era necessário um processo de busca ativa convidando as trabalhadoras e trabalhadores momentos antes de seu início. Esse movimento era feito em diferentes setores, buscando garantir a participação da maior variedade possível de participantes.

As oficinas organizavam-se estruturalmente com as/os integrantes em círculo, dividida em quatro momentos, que poderiam variar de acordo com o desenvolvimento de cada grupo, a saber: 1. Prática corporal de alongamento. 2. Roda de Conversa. 3. Técnicas de respiração, meditação e práticas integrativas. 4. Dinâmica coletiva de encerramento.

As práticas corporais configuraram-se em breves exercícios de alongamento de fácil execução. Já a roda de conversa iniciava-se com o convite a compartilhar de forma verbal ou corporal um sentimento que possuía no momento, em seguida era feita uma pergunta disparadora, voltada às estratégias de autocuidado e cuidado ao próximo que, quando socializadas na roda, tornavam-se um cuidado coletivo. Todas e todos tinham direito à fala, de forma que algumas vezes eram utilizadas dinâmicas para propiciar que a palavra circulasse igualmente.

Após esse momento, eram realizadas diferentes técnicas de respiração, tendo havido breves momentos de meditação, uso de aromaterapia, degustação de chá, a depender da atividade. Ao final, havia uma dinâmica de encerramento

coletiva, onde era feito um movimento simbolizando a troca estabelecida e, por fim, era perguntado ao grupo como estes se sentiam após a atividade.

Ao final de cada oficina a equipe reunia-se novamente para, a partir das anotações do relator, construir os relatórios coletivos, cuja organização foi separada em informações sobre local, horário, participantes, tempo de duração, descrição dos momentos e impressões, ou seja, os aspectos que chamaram a atenção. Assim, essa forma de relatar conjuntamente, após a atividade, permitia uma elaboração conjunta entre o saber da equipe e o saber das trabalhadoras e trabalhadores da atividade que havia acabado de se findar, gerando processos de reflexão coletiva sobre a própria condução do grupo, as relações estabelecidas e a constante reelaboração da atividade, de forma que uma oficina nunca era idêntica à outra. Como apresentado no quadro 4.

Quadro 4. Descrição das oficinas segundo tema, data, categoria de trabalhadoras(es) e número de participantes.

Tema geral	Data	Trabalhadoras(es) Residentes (mediando, relatando e participando)	Categoria de Trabalhadoras(es). CF Jacutinga	Número de Participantes
Apresentar a ideia, ouvir os profissionais e acolhimento	15/05/2020	Cirurgião-dentista Psicóloga Nutricionista Assistente Social	Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal	8
Apresentar a ideia, ouvir os profissionais e acolhimento.	21/05/2020	Nutricionista Assistente Social Farmacêutica Enfermeira	Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Médica e Auxiliar de Serviços Gerais Farmacêutica	12
Apresentar a ideia, ouvir os profissionais e acolhimento.	28/05/2020	Enfermeira Farmacêutica Cirurgiã- dentista Nutricionista	ACS, Técnica de enfermagem e Zelador	9
Compartilhar sobre o estado emocional e o uso de equipamentos de segurança	04/06/2020	Psicóloga Assistente Social Odontólogo Farmacêutica	Enfermeira, Gestora e Técnica- administrativo	10

Oficina de retorno ao primeiro grupo	18/06/2020	Cirurgião-dentista Farmacêutica Psicóloga Assistente Social	Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal	8
Promoção da saúde mental e	25/06/2020	Enfermeira Cirurgião- dentista Farmacêutica	Equipe NASF	7
acolhimento à Covid-19		Assistente Social Nutricionista		
Refletir sobre o estado emocional no decorrer da pandemia e o fortalecimento do laço social	02/07/2020	Psicóloga Odontólogo Farmacêutica	ACS, Farmacêutica, Técnico Administrativo Zelador	7
Refletir sobre o estado emocional no decorrer da pandemia e o fortalecimento do laço social	09/07/2020	Farmacêutica Psicóloga Assistente Social Odontólogo	ACS, Enfermeira, e Auxiliar de Serviços Gerais	7

Fonte: Elaboração dos autores.

2.4. Plantão de Acolhimento

O Plantão de Acolhimento foi uma atividade pensada para funcionar como um turno fixo semanal onde haveria dois residentes disponíveis para o acolhimento em saúde durante a pandemia de Covid-19, com escuta qualificada, orientações gerais de saúde, encaminhamentos e articulação com a Rede, se necessário. Tinha como meta ampliar a oferta de cuidado psicossocial e atenção àquelas/aqueles cujo momento grupal não fosse viável ou o suficiente. O profissional não precisaria marcar hora, bastava chegar para ser acolhido.

Para isso, foi utilizado como referência um Caderno de Atenção Básica sobre acolhimento e os dois primeiros módulos do Curso de Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19, além das diretrizes de Clínica Ampliada da Política Nacional de Humanização. Contudo, com o tempo, foi avaliado que as trabalhadoras e trabalhadores não acessavam a atividade no turno fixo estipulado,

mas procuravam a equipe em outros momentos. Então, a ideia do plantão foi flexibilizada e compreendida como os diversos acolhimentos realizados após as oficinas e dentro dos horários possíveis considerando o fluxo de trabalho na CF.

2.5. Oficinas de formação

As oficinas de formação foram momentos de estudo coletivo auto-organizados pela equipe multiprofissional, com a presença de convidados e convidadas externas, para aprofundamento das perspectivas reflexivas que orientaram a práxis do trabalho. Ocorreram ao todo duas, com os temas “Contribuições da Psicologia Social Crítica para se pensar saúde mental na pandemia de Covid-19” e “Educação Popular em Saúde como práxis”, configurando como etapas.

3. Descrevendo e contextualizando o cenário

A CF Jacutinga é um modelo de unidade de ESF pertencente ao município de Mesquita. Foi a segunda do modelo adotado a ser inaugurada na cidade, em setembro de 2018, após uma reformulação da APS no município que gerou mudanças no acesso da população local aos serviços de saúde.

Anteriormente, esta unidade prestava atendimento de urgência e emergência 24 horas, semelhante com o que se tem com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Com a modificação, tornou-se uma Unidade de Atenção Primária que atende três bairros ao seu redor e possui uma capacidade populacional de 30.000 pessoas.

A cobertura da assistência populacional foi organizada de forma que atingiu 10 equipes mínimas de saúde da família — médicos (as), enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários, três equipes de saúde bucal (dentistas e auxiliares de SB) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) com seis categorias multiprofissionais (Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social, Educador Físico, Fonoaudióloga e Fisioterapeuta).

O horário de atendimento, quando inaugurado, era das 7 às 17 horas, sendo das 7 às 8 o horário específico para realização de coleta de sangue. No final do ano de 2019, a unidade adotou o horário estendido passando a funcionar até às 20 horas de segunda à sexta, e das 8 às 12 horas aos sábados.

Cotidianamente acontece o acolhimento dos usuários programados e por demanda espontânea, classificação de risco para atendimentos, atendimentos de rotina e de protocolos de todos os ciclos de vida como: imunização, pré-natal, puericultura, coleta de exame citopatológico de colo de útero, planejamento familiar, coleta de sangue, acompanhamento de doenças crônicas e atendimento domiciliar através das visitas domiciliares. Ocorrem também ações educativas e grupos de saúde, de cunho coletivo, com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças.

O acolhimento é feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe nos guichês, localizados na entrada da CF Jacutinga. Ao chegar à unidade, o usuário cujo atendimento está programado é encaminhado ao setor específico, e o que não está programado, mas apresenta possível queixa emergencial, é encaminhado para o atendimento com a enfermeira da equipe a qual pertence ou com a enfermeira da equipe-irmã.

Como dito anteriormente, a unidade já teve o formato de urgência e emergência, talvez, em função dessa característica, chegam os mais diversos tipos de demandas espontâneas, por exemplo, usuário que sofreu acidente com moto, fraturado ou necessitando de sutura. Além disso, parece existir uma cultura de acessar a unidade em situações de emergência, o que reflete diretamente na sobrecarga de atendimento dos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem e medicina, pois, além dos agendamentos, ainda precisam atender às inúmeras demandas espontâneas.

Em 19 de março de 2020 instalou-se o Protocolo de Contingência Municipal de Enfrentamento ao Coronavírus (Covid-19) na especificidade da Atenção Primária, o qual, segundo o protocolo, tinham como objetivo a definição de estratégia de ação das equipes da APS em concordância com os Planos de Resposta às Emergências em Saúde Pública do estado do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde; a adoção de medidas para diminuir a morbimortalidade da doença no município; e a distribuição de informação sobre a infecção à população local.

Assim, ficaram suspensas as atividades e ações educativas coletivas, que caracterizassem aglomeração das Unidades de Saúde de Atenção Primária, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Academia da Saúde. Nesse momento, por outro lado, ficou definido que haveria uma equipe mínima específica para atender os usuários com sintomas de síndrome gripal e/ou suspeitos de Covid-19.

Os atendimentos eletivos, como as consultas de clínica médica, de enfermagem e os atendimentos odontológicos foram desmarcados e ficaram mantidos como prioridades as linhas de cuidado como: pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e HIV/AIDS. Os profissionais de saúde do grupo de risco foram afastados, o que resultou em um grande desfalque no quadro de funcionários da unidade. Esse contexto não significou diminuição das demandas a serem atendidas diante do novo cenário que se apresentava.

No início da pandemia, a CF recebeu diversas demandas oriundas da população local, bem como de fora do município. Parte dessa procura foi apontada pelos usuários devido à escassez de serviços de saúde eficientes na região da Baixada Fluminense.

Por estarem possivelmente expostos à infecção, principalmente pela possibilidade de lidarem com usuários e colegas assintomáticos, as trabalhadoras e os trabalhadores da CF transpareciam aflição com o medo da infecção e pela adoção de novas medidas de proteção individual e coletiva como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tais como as máscaras (principalmente a N95), que virou rotina entre todos os trabalhadores, e ainda os que estavam diretamente no atendimento de síndrome gripal também precisavam usar capotes, gorros, protetores faciais e óculos de proteção, bem como se atentar às medidas de higienização preconizadas para impedir a propagação do vírus e possíveis infecções por parte dos trabalhadores.

Somava-se a isto, a ausência de EPIs em quantidade e qualidade suficientes bem como a não obrigatoriedade do uso de máscaras pela população. Parte considerável dessas tensões foi vivenciada principalmente no momento do horário de almoço no refeitório. Local que, antes da pandemia, era tido como uma sala de convívio entre as trabalhadoras e trabalhadores e passou a ser um ambiente com alto risco de infecção, com uma atmosfera de dúvidas sobre o processo de trabalho e de como se comportar até mesmo no refeitório, ficando o ato de se alimentar como perigoso, pois ao comer retiravam-se as máscaras e seu armazenamento durante esse período também não era feito de forma adequada.

De acordo com Lima *et al.* (2020), a pandemia se tornou um desafio aos trabalhadores da saúde, já que as atividades referentes ao processo de trabalho interferem no aspecto cognitivo e técnico, na sobrecarga física e psíquica que

envolve conjunturas de medo e angústia, especialmente com a biossegurança. Trabalhadores doentes resultam na diminuição da força de trabalho e, como consequência, diminuem possibilidades de diagnóstico precoce, atividades de prevenção e tratamento, tanto de pessoas infectadas com Covid-19, quanto de indivíduos com outras questões de saúde.

Vale mencionar que, anterior ao contexto pandêmico, as/os trabalhadoras(es) da CF não tinham um espaço formalizado de cuidado e atenção à sua saúde, educação permanente ou até mesmo organização política já que o Colegiado Gestor, por exemplo, possuía pouca adesão por parte delas.

Impactos observados sobre a saúde das trabalhadoras e trabalhadores da CF Jacutinga a partir da pandemia de Covid-19

As oficinas promoveram espaços de alívio para a tensão com quebras na rotina do trabalho, expressão de sentimentos, pensamentos, dúvidas e o repasse de informações atualizadas de medidas de segurança. A aposta em um processo grupal em plena pandemia pretendeu também promover o fortalecimento do laço social e o reconhecimento de uma classe cujo trabalho, risco e isolamento se intensificou, em contrapartida a pouca ou nenhuma política pública efetiva e garantia de direitos trabalhistas para sua proteção.

Segundo a literatura, o rápido diagnóstico psicossocial e o desenvolvimento de ações, em especial nos primeiros três meses da pandemia, colaboram para reduzir o risco de cronificação e agravamento de quadros de saúde mental (MELO *et al.*, 2020).

Percebeu-se que as oficinas tornaram os vínculos dos residentes com as trabalhadoras e trabalhadores da CF mais fortes pois, durante os meses iniciais da pandemia, houve reconhecimento da contribuição para o autocuidado e a procura por suporte profissional em momentos diversos. Assim, o processo de construção das oficinas e demais atividades fortaleceu residentes e trabalhadoras/trabalhadores enquanto grupos inseridos em território de trabalho vivo.

Pode-se afirmar que, no Brasil, a precarização e a desvalorização do trabalho na área da saúde são históricas. Segundo Merhy (1999), a falta de infraestrutura, insumos, salários, demissões e greves, colocados em uma atmosfera produtivista (metas, cobranças, assédio, pressão) e outros determinantes externos (família, contas a pagar), criam ambiência instável e estressora nos trabalhadores,

colocando-os em estado de alerta sobre os vínculos trabalhistas marcados por altos graus de incerteza.

De acordo com os relatos dos trabalhadores, durante as oficinas realizadas foi possível notar que, para os profissionais da saúde, o estresse e a pressão de lidar com o seu trabalho, acrescido do risco de adoecer e a possibilidade de infectar seus familiares, provocam severos problemas de saúde mental, gerando muitas vezes insônia, aumento de peso, dores musculares entre outros problemas de saúde.

No caso da CF Jacutinga, isso se dá na forma de salários considerados baixos, ausência de planos de carreira, vínculos trabalhistas frágeis, cargas de trabalho elevadas e atividades insuficientes de educação permanente aos trabalhadores. Nesse sentido, a pandemia parece ter escancarado a fragilidade das leis que garantem a saúde e a segurança do trabalhador (BARROSO *et al.*, 2020).

Na pandemia do patógeno SARS-CoV-2, Oliveira *et al.*, (2020) denunciam que os efeitos da infecção não são democráticos. Chamam atenção para o histórico colonial nos países do Sul global e a concentração de mortes entre a população negra brasileira (a partir da análise da mortalidade da doença no Brasil pelo quesito raça/cor).

Levando em consideração que 70% dos profissionais de saúde são mulheres, que continuam tendo uma remuneração 25% menor do que a dos homens, essa condição de trabalho se agrava ainda mais quando se trata das mulheres negras. Os mais afetados pela pandemia possuem um gênero, uma raça e uma classe social bastante específica (WOLFF *et al.*, 2020).

Com base nisso, refletem-se as estatísticas de depressão, síndrome de *burnout*, ansiedade, comportamento suicida, surtos psicóticos, estresse, fadiga, esgotamento profissional e o uso problemático de álcool e outras drogas. Deixando perceptível a exposição a possíveis processos de sofrimento e adoecimento mental entre todos os profissionais de saúde (ESPERIDÃO *et al.*, 2020).

O esgotamento físico e mental se tornou diário com aumento considerável das demandas quando comparadas ao período anterior à pandemia. Parte disso diz respeito às situações que estão fora da governabilidade do/a trabalhador/a de saúde e pela frequente apreensão inicial por trabalhar no contexto de um vírus com grande letalidade e infectividade.

De acordo com a literatura, fatores psicossociais como o estresse têm sido relacionados ao surgimento de sintomas físicos como dores musculares

e taquicardia, já que o estresse tem a capacidade de gerar o desequilíbrio na homeostase interna do organismo (PETERSEN; MARZIALE, 2017).

Frente a isso, alguns dos profissionais incluíram na sua rotina medicamentos alopáticos para aliviar as dores musculares, induzir o sono, ou até mesmo para aliviar o estresse. Outros optaram pelo uso de chás com efeito calmante e que ajudam na insônia, mas, ainda assim, acabaram fazendo uso de algum tipo de substância medicamentosa durante a pandemia.

Em estudo realizado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2020), foi demonstrado como o medo da Covid-19 teve impacto no aumento da venda e no consumo de medicamentos psiquiátricos. Nele constou-se que aproximadamente 77% dos brasileiros, que fizeram uso de medicamentos nos últimos seis meses anteriores ao estudo, automedicaram-se. O estudo também apontou que quase metade da população analisada se automedicou pelo menos uma vez por mês, e que um quarto o faz todo dia ou pelo menos uma vez por semana. Com isso, percebe-se que a automedicação é um hábito comum.

Diante do exposto, parece ser evidente que a medicalização se mostrou frequente no período de crise, e que a automedicação foi mais um risco para as trabalhadoras e trabalhadores. Essas afirmações indicam a necessidade de reforçar a importância do uso correto e seguro de medicamentos, fato percebido tanto na dispensação de medicamentos na farmácia da CF Jacutinga quanto na atualização mensal da quantidade de medicamentos dispensados durante o período pandêmico.

Outro ponto importante a ser mencionado, e que foi potencialmente afetado, diz respeito ao consumo de alimentos. Todos os efeitos deletérios ocasionados pela pandemia parecem ter influenciado nas mudanças de hábitos alimentares. Por exemplo, foram observadas falas das trabalhadoras e trabalhadores sobre o consumo alimentar como escolha, para minimizar as dores, sofrimentos e estresses advindos do contexto.

Nesse sentido, França *et al.*, (2012) avaliaram o impacto dos aspectos nutricionais e psicológicos de um grupo psicoeducativo com o foco na mudança do comportamento alimentar, notando que sentimentos como tristeza, baixa autoestima, depressão, ansiedade, motivação e alegria interferem de forma positiva ou negativa na mudança do comportamento alimentar.

O ato de se alimentar pode estar associado com as emoções sentidas. Comer vai além de se nutrir. A busca por prazer e sensação de bem-estar pode ser acentuada em momentos atípicos, e a pandemia é um momento como este. Outra busca seria a de compensação através dos alimentos, principalmente os ditos não saudáveis, podendo ser um método praticado pelo indivíduo para lidar com os sentimentos negativos (LIMA, 2015).

Assim, em alguns relatos observou-se que a alimentação teve modificações que não se resumiram apenas na ingestão do alimento, mas que englobava outros fatores como o estado emocional e impactos socioeconômicos da pandemia.

As trabalhadoras e trabalhadores relataram mudanças nas práticas habituais que resultaram em uma alimentação que os próprios não acreditavam ser saudáveis. O aumento do consumo de alimentos prontos e ultraprocessados foi relatado como uma opção de mais fácil preparo ou uma forma de encontrar a sensação de prazer. Em contrapartida, houve relatos de situações opostas, como redução da ingestão alimentar, falta de interesse pelo alimento ou inapetência, como uma forma de reação emocional ao ambiente.

Tais relatos estão de acordo com estudo realizado pela Fiocruz em parceria com a UFMG e a Unicamp, que observou mudanças comportamentais durante a Covid-19. De acordo com o estudo, no tocante ao cuidado à saúde, observou-se diminuição do consumo de verduras/legumes e frutas. Sendo essa diminuição maior para população de baixa renda. E aumento no consumo de alimentos não saudáveis, como doces e salgadinhos de pacote (ambos industrializados com maior vida de prateleira). Ao realizar o recorte por sexo, quase metade das mulheres estavam consumindo chocolates e doces em dois ou mais dias da semana durante a pandemia (MALTA *et al.*, 2020).

As discussões e trocas realizadas puderam também desmistificar informações equivocadas, orientando possíveis dúvidas e principalmente incentivando as trabalhadoras e trabalhadores sobre a autonomia na escolha alimentar e os seus efeitos. Assim, foi necessário realizar uma busca contínua e atualizada para tentar dar um retorno aos profissionais, não apenas com o intuito de sanar suas incertezas, mas para tentar torná-los empoderados e multiplicadores de informações verídicas.

Além dos relatos voltados ao estado emocional, havia outras preocupações que poderiam influenciar na escolha alimentar das trabalhadoras e trabalhadores.

Uma das mais comentadas diz respeito às informações produzidas pela mídia sobre “produtos milagrosos” capazes de trazer imunidade ou a cura do vírus, por exemplo, a suplementação de Vitamina D (SBEM, 2020). Alimentos e nutrientes também foram alvos, gerando dúvidas e curiosidade de modo que era comum ouvir perguntas sobre o assunto.

Outro fator que pode afetar a Alimentação Adequada e Saudável, trata-se da renda/poder aquisitivo. Durante as oficinas foram observadas preocupações com relação ao aumento do custo de itens básicos, como os alimentos. Alimentar-se no atual cenário parece ser cada vez mais custoso, comprometendo mais suas rendas. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020), itens básicos da alimentação (arroz, feijão, óleo, carnes, entre outros) tiveram aumento considerável, o que impactou mais de 60% da inflação para as famílias mais pobres.

Ainda sobre o poder aquisitivo, houve relatos de que, apesar dos mesmos estarem com vínculos empregatícios ativos, pessoas dos seus núcleos sociais sentiam o impacto da pandemia, principalmente aqueles que tinham trabalhos com vínculos fragilizados. Ao perguntar sobre as dificuldades que encontravam com essa restrição, relataram que havia comprometimento em arcar com moradia, alimentação e que isso gerava limitações sobre a escolha alimentar.

Vale ressaltar que os alimentos considerados saudáveis são em sua maioria mais sensíveis, dispendendo de menor tempo de prateleira, podendo necessitar de cuidados diferenciados como armazenamento e reabastecimento frequente. Em contrapartida, tem-se oferta dos produtos alimentícios não considerados saudáveis, como os industrializados e ultraprocessados ricos em conservantes e com o tempo longo de vida útil (BRASIL, 2014).

O isolamento pode gerar escolhas alimentares não saudáveis, uma vez que o acesso foi prejudicado e estocar alimentos não saudáveis parece ser uma opção mais fácil, diminuindo assim a necessidade de frequentar os locais com movimentação social, como feiras e mercados.

4. Considerações Finais

As oficinas promoveram espaços de alívio para a tensão com quebras na rotina do trabalho, expressão de sentimentos, pensamentos, dúvidas e o repasse

de informações atualizadas de medidas de segurança. A aposta em um processo grupal em plena pandemia pretendeu promover o fortalecimento do laço social e o reconhecimento de uma classe cujo trabalho, risco e isolamento se intensificaram, em contrapartida a pouca ou nenhuma política pública efetiva e garantia de direitos trabalhistas para sua proteção.

Segundo a literatura, o rápido diagnóstico psicossocial e o desenvolvimento de ações, em especial nos primeiros três meses da pandemia, colaboram para reduzir o risco de cronificação e agravamento de quadros de saúde mental (MELO *et al.*, 2020).

Em meados de março/abril de 2020, as trabalhadoras e os trabalhadores do contexto de Mesquita expressaram emoções que se alinham às esperadas em um contexto de pandemia: medo e preocupação intensa de se infectar e transmitir a doença aos seus familiares, o que se potencializa se comparado à população pela maior exposição ao risco, havendo ainda aquelas/aqueles que pertencem a famílias ou têm familiares que se encontram em grupo de risco. No transcorrer do tempo e das atividades, principalmente nas oficinas, começaram a ser narradas emoções de cunho mais positivo, diminuição da intensidade de medos e preocupações comparado aos meses anteriores, expressando uma adaptação ao contexto. Percebeu-se que as oficinas fortaleceram os vínculos dos residentes com as trabalhadoras e trabalhadores da CF, pois houve reconhecimento da contribuição para o autocuidado e a procura por suporte profissional em momentos diversos. Assim, o processo de construção das oficinas e demais atividades fortaleceu residentes e trabalhadoras/trabalhadores inseridos enquanto grupo em território de trabalho vivo.

Portanto, as ações realizadas pela equipe de residentes contribuíram para o enfrentamento à saúde física e mental. Ferramentas de cuidado como a escuta possibilitaram vínculo, a propaganda do serviço, a pactuação de propostas e a inclusão de trabalhadoras e trabalhadores em políticas públicas e sociais. Por intermédio dessas ações foi possível dispor de recursos para superar dificuldades para o exercício da cidadania, atendendo assim aos interesses das trabalhadoras e trabalhadores.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS**. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;

2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 06 de janeiro 2021

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira. 2014.

BARROSO, B. I. L. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 28, n.3, jul./set. 2020. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102020000301093&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 de novembro de 2020

BORDA, O. F. **El problema de cómo investigar la realidad para transformarla**. Bogotá, Colombia : Ediciones Tercer Mundo, 1979.

CHICHOSKI, P.; ALVES, A. F. A pesquisa-ação na obra de Orlando Fals Borda. **CAMPO-TERRITÓRIO: revista de geografia agrária**, v. 14, n. 34, dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA. Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia. 2020. Disponível em: <http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiquiatricos-cresce-na-pandemia/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

COSTA, P. H. A. da.; MENDES, K. T. **Pandemia, Questão Social e as Implicações à Psicologia Brasileira**. 2020

ESPERIDÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 73, [s.n.], jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001300100&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 nov. 2020.

FRANÇA, C. L. *et al.* Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. Estudos de Psicologia (Natal), v. 17, n. 2, p. 337-345, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37039&cat_id=3&Itemid=3. Acesso em: 02 dez. 2020.

LIMA, R. S.; NETO, J. A. F.; FARIAS, R. C. P. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia de Covid-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: MARTÍN-BARÓ, I. **Crítica e libertação na Psicologia**: Estudos psicossociais. Vozes. p. 221-237. 2017.

MELO, B. D. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19.

Recomendações Gerais. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

GODIM, R. O. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00150120, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000903003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Considerações para quarentena de indivíduos no contexto de contenção para doença coronavírus (Covid-19): orientação provisória, 29 de fevereiro de 2020. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>. Acesso em: 13 maio 2021.

PETERSEN, R. S.; MARZIALE, M. H. P. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, p. e67184, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67184>. <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e67184.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SILVA, O. C.; MINAYO, M. C. S.; HUREMOVIC, D. (edit.). Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line]. v. 25, suppl 1, p. 2499-2500. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2499-2500/pt/#>. Acesso em: 22 dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Nota de Esclarecimento: Vitamina D e Covid-19**. Humaitá (RJ). 2020. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/nota-de-esclarecimento-vitamina-d-e-Covid-19/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WOLFE, C. S. *et al.* Pandemia na necroeconomia neoliberal. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 2, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2020000200100&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2020.

Capítulo 5

Nem heróis nem vilões: a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no cenário da pandemia de Covid-19 em uma unidade de Atenção Primária à Saúde em Manguinhos⁶

Denise Cavalcante de Barros
 Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi
 Beatriz Marinho Silva Romão
 Esther Beatrice da Silva Joaquim
 Fabiano de Araújo Neves
 Filipe da Silva Vellozo

As rodas da máquina têm de girar constantemente, mas não podem fazê-lo se não houver quem delas cuide. É preciso que haja homens para cuidar delas, homens tão constantes como as rodas nos seus eixos, homens são de espírito, obedientes, satisfeitos em sua estabilidade (HUXLEY, 1996, p. 43).

No ano de 2019, na província chinesa de Hubei, teve início uma epidemia causada por uma nova cepa viral (SARS-CoV-2) da família *Coronaviridae* que provocou a doença chamada Covid-19 (*Coronavirus disease*). A doença foi disseminada rapidamente por todos os continentes, constituindo-se, portanto, em uma pandemia. A partir de março de 2020 ocorreram os primeiros casos notificados no Brasil (OPAS, 2021a), com uma alta velocidade de disseminação do vírus na população, chegando a mais de 500.000 mortes em junho de 2021.

O alto número de casos diagnosticados, bem como o de óbitos no Brasil, teve relação direta com a política de combate à pandemia adotada pelo governo brasileiro. Em contraste com as medidas adotadas em diversos outros

⁶ Este capítulo foi baseado no TCR “Nem heróis nem vilões: a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no cenário da pandemia de Covid-19 em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Manguinhos”, defendido em março de 2021 como trabalho final do curso do PRMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Beatriz Marinho Silva Romão, Esther Beatrice da Silva Joaquim, Filipe da Silva Vellozo, Fabiano de Araújo Neves e Tássia da Silva Costa, com a orientação das professoras Denise Cavalcante de Barros e Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi.

países e que foram determinantes para o controle da pandemia, no Brasil houve total desconsideração sobre a gravidade da doença e do seu potencial risco de transmissibilidade, inclusive desrespeitando as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, não houve uma campanha para conscientização da população sobre a necessidade imediata de isolamento social e de adoção de medidas higiênico-sanitárias. Tampouco houve um planejamento para estruturação dos sistemas de saúde públicos e privados para o grande aumento esperado da procura por atendimentos e leitos de internação clínicos e intensivos, o que acarretou falta de leitos, insumos, medicamentos, oxigênio e Equipamento de Proteção Individual (EPI) para os profissionais da saúde (CAMPOS, 2020). Sem contar a implementação tardia do Plano Nacional de Imunização por ineficiência na compra de vacinas e insumos necessários.

Medidas ineficazes foram estimuladas e adotadas pelo Ministério da Saúde, como o chamado “tratamento precoce” com medicamentos sem comprovação científica, além de considerar viável a “imunidade de rebanho”, ideia que considera que a pandemia estaria controlada quando pelo menos 70% da população fosse contaminada. Um argumento perverso e insensível ao sofrimento humano, que desconsiderou o enorme número de mortes que aconteceriam até que tal imunidade fosse alcançada (CAMPOS, 2020; MELO *et al.*, 2021).

Com a rápida disseminação do vírus e a transmissão comunitária do SARS-CoV-2, os serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) sofreram alterações nos seus fluxos de trabalho para evitar a contaminação de profissionais e usuários atendidos nas unidades, bem como para dar conta das novas demandas de atenção à saúde. Gradualmente, diversas medidas foram sendo adotadas, de acordo com o avanço da doença em cada um dos municípios brasileiros, seguindo as recomendações específicas das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem o importante papel de ser orientadora e coordenadora do cuidado em saúde, centralizando suas ações no território e promovendo cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017). Enquanto um dos pontos da RAS que compõem o SUS, a APS representou um importante pilar frente a situações emergenciais anteriores, como as epidemias de dengue, zika, febre amarela e chikungunya, mantendo sua

importância no momento atual com o surgimento de uma nova pandemia. As características do modelo de APS, como o conhecimento do território, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade do cuidado, o monitoramento das famílias em situação de vulnerabilidade social e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves, têm sido fundamentais para conter a atual pandemia de Covid-19 e evitar o agravamento dos casos (SARTI *et al.*, 2020).

A atuação da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 pode ser sistematizada em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com a doença, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da APS. O engajamento comunitário, com a importante participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se faz fundamental no combate à pandemia por disseminar no território as informações sobre a doença, reforçar a necessidade de isolamento, além de reduzir a circulação do usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio das visitas domiciliares (MEDINA *et al.*, 2020). Para além do manejo clínico dos acometidos pela Covid-19, há que se considerar a abordagem feita pela APS identificando e agindo sobre problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos (SARTI *et al.*, 2020).

Diante do contexto da pandemia de Covid-19, é possível afirmar que alguns fatores determinantes e condicionantes de agravos relacionados ao trabalho se tornaram ainda mais evidentes, gerando o estado de insegurança à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Os profissionais que atuam nas unidades de saúde, por exemplo, têm mais chances de contrair Covid-19 por ter contato diariamente com pessoas possivelmente infectadas pelo vírus. Assim, torna-se essencial a comunicação adequada aos profissionais da APS no que diz respeito à biossegurança, especialmente ao uso de EPI (PFAFFENBACH *et al.*, 2020).

O cotidiano dos profissionais das UBS também se modificou em relação ao ambiente alimentar, a disponibilização ampla e o estímulo ao uso de agentes sanitizantes, bem como o estímulo ao distanciamento social no ambiente de trabalho. Com o novo cenário, aumentaram as chances de adoecimento dos profissionais, tanto por contaminação acidental durante o processo de trabalho quanto pelas mudanças no contexto laboral, psicossocial e ambiental que podem

comprometer a saúde dos sujeitos. Dessa forma, as transfigurações dos fluxos de trabalho, somadas às mudanças dos hábitos sociais, predisõem a sentimentos de mal-estar, sofrimento e adoecimento por outras causas derivadas do estresse, da ansiedade e das novas condições, processos e ambientes de vida e trabalho.

Dito isso, neste capítulo apresentaremos narrativas e discussões que proporcionem reflexões sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora em uma unidade de APS durante o período de pandemia, entendendo que a manutenção da saúde desses(as) profissionais depende de ações intersetoriais. O processo saúde-doença e os sofrimentos gerados pelo trabalho não estão descolados de fatores psicossociais, ambientais, socioeconômicos, históricos e políticos, pois fazem parte do contexto social dos sujeitos e impactam na saúde de todos.

Relato da prática: a experiência dos residentes na Unidade de Atenção Primária à saúde durante a pandemia

Trata-se de um relato de experiência realizado sob a ótica dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (PRMSF/ENSP/Fiocruz), no período de março a dezembro de 2020. Teve como objetivo compreender as experiências relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora diante da pandemia de Covid-19 na rotina de uma Unidade Básica de Saúde em Manguinhos, município do Rio de Janeiro. Os residentes buscaram descrever as impressões e relatos de trabalhadores e trabalhadoras do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) diante do contexto da pandemia de Covid-19 por meio de uma observação participante e apoiados por uma revisão bibliográfica dos temas que sustentam a discussão trazida pelos relatos de experiência.

Como fonte complementar de informações foi utilizado o conteúdo dos Diários Reflexivos (DRs) dos residentes, que são produtos da observação participante no cenário de prática ao longo da sua atuação na UBS no período de 2019 a 2020. Para a revisão bibliográfica, utilizou-se artigos científicos depositados em bases de dados eletrônicos (LILACS, PubMed e Scielo), além de livros, sites e documentos oficiais sobre o tema do relato de experiência.

Durante a observação participante, os residentes buscaram compreender, interpretar e documentar os eventos e as experiências que ocorreram na pandemia

Covid-19, considerando a saúde de trabalhadores e trabalhadoras. A observação participante foi uma opção metodológica utilizada para apoiar a elaboração dos relatos que, segundo Minayo (2014), é um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, sendo ele parte do contexto que está sendo observado. Além da observação participante, foram utilizadas outras metodologias, como rodas de conversa com os trabalhadores e atividades voltadas ao autocuidado.

O trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se enquadrar no artigo 1º da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, incisos VII e VIII, e por se tratar de um relato de experiência vivido pelos residentes na prática profissional, sem revelar dados pessoais identificáveis dos trabalhadores envolvidos na experiência durante os meses referentes ao relato (BRASIL, 2016). As práticas promovidas pelos residentes tiveram como objetivo a educação em saúde e promoção da saúde, sem fins de pesquisa científica.

O contexto da Unidade de Atenção Primária à Saúde no bairro de Manguinhos

O presente relato apresenta as vivências no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, um dos departamentos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e que está localizado dentro do Campus sede da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde mista, contendo tanto Equipes de Saúde da Família (eSF), quanto profissionais que realizam atendimentos ambulatoriais e ações educativas coletivas dos setores de Serviço Social, Nutrição, Infectologia, Psiquiatria e Psicologia, o que confere uma dinâmica diferenciada em relação a outras unidades do município do Rio de Janeiro. Os trabalhadores e trabalhadoras do CSEGSF exercem suas funções de atenção à saúde no território de Manguinhos, situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e atende nove comunidades.

O Programa Saúde da Família (PSF) em Manguinhos teve início com duas equipes no ano 2000, por meio de convênio entre a ENSP e a prefeitura do Rio de Janeiro. À época, o modelo de Saúde da Família era ainda um programa que visava a mudança do modelo assistencial. Em 2004, outras equipes foram implantadas no território de Manguinhos, totalizando 8 equipes, para ampliar o escopo de cobertura da ESF na região (ENSP, 2021). A Estratégia Saúde da Família

(ESF) nasce em 2006, após a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo a ESF uma fusão do PSF com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MELO *et al.*, 2018).

De acordo com dados do censo do IBGE (2010), agregados no aplicativo Bairros Cariocas do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), o bairro de Manguinhos conta com uma população de 36.160 habitantes, sendo 17.284 (47,8%) homens e 18.876 (52,2%) mulheres (IPP, 2020). Manguinhos foi reconhecido como um bairro pelo Decreto Municipal nº 7.980 de 12 de agosto de 1988, fazendo parte atualmente da X Região Administrativa. O bairro limita-se entre algumas das principais vias da Zona Norte: Avenida Dom Hélder Câmara, Avenida dos Democráticos, Rua Leopoldo Bulhões, Linha Amarela e Avenida Brasil (FERNANDES, COSTA, 2013).

Houve uma intensa ocupação secular em Manguinhos, constituindo-se um conjunto bastante diversificado de habitações, com características em geral de favelas com serviços públicos ausentes ou precários. É uma região caracterizada por sérios problemas ambientais, como a poluição do ar, dos rios e do solo, devido ao lançamento de dejetos in natura, tanto das fábricas como das moradias. A proximidade do bairro com a Avenida Brasil e a Refinaria de Petróleos de Manguinhos S.A. também contribui para o cenário, fazendo com que Manguinhos ocupe o lugar de segunda região mais poluída do Rio de Janeiro (BIANCO, 2011).

Ao visitar as comunidades do bairro de Manguinhos percebe-se a precariedade das condições de vida dos moradores, tendo um dos piores Índice de Desenvolvimento Social (IDS) do município do Rio de Janeiro, igual a 0,518 no ano de 2010 (IPP, 2021). Atrelado a estas questões, os moradores enfrentam frequentemente os confrontos armados entre o tráfico e as polícias, que os oprimem e colocam em risco as suas condições biopsicossociais, bem como das pessoas que trabalham neste território, incluindo os(as) trabalhadores(as) das unidades de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

A pandemia chegou: relatando as experiências cotidianas dos profissionais da APS no enfrentamento da Covid-19

As vivências dos residentes multiprofissionais geraram relatos de experiências singulares sobre a saúde do profissional do CSEGSF, entendendo a

saúde como conceito amplo, condicionado por fatores sociais, não sendo apenas pautado pela ausência de doença. Os relatos trazidos foram escolhidos pelo impacto que causaram na rotina e na saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

Ressalta-se que a narrativa não obedece a uma ordem cronológica, uma vez que vários processos ocorreram simultaneamente e em decorrência uns dos outros. A narrativa coletiva e multiprofissional possibilitou aos residentes documentar os processos vivenciados, durante esse período singular na história, e as mudanças ocasionadas pela pandemia de Covid-19 na atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. Essa experiência proporciona um olhar reflexivo, à luz de um embasamento teórico, para quem escreve e para quem lê sobre os temas mais relevantes abordados durante o período da observação participante.

A narração dos fatos foi organizada em quatro sessões temáticas, sendo que a primeira se refere às mudanças iniciais dos fluxos da unidade e biossegurança, com a deflagração do estado de quarentena no município; a segundo aborda aspectos do sofrimento e adoecimento dos profissionais durante a pandemia; a terceira é sobre as incertezas e contradições vivenciadas pelos trabalhadores durante a pandemia; e, concluindo, relata-se as intervenções realizadas, de educação em saúde e autocuidado sobre tópicos importantes na pandemia.

1. Reorganizando o cuidado: mudanças nos fluxos e biossegurança

Com a circulação comunitária do vírus SARS-Cov-2 (novo coronavírus) no município do Rio de Janeiro, foi necessário repensar gradativamente os fluxos de trabalho no CSEGSF para garantir um atendimento seguro e de qualidade. A contaminação se dá através de contato e gotículas, embora publicações mais recentes também indiquem a possibilidade de contaminação por aerossóis (PFAFFENBACH *et al.*, 2020), o que tornou imperativo a adoção de medidas de biossegurança, vigilância de novos casos dentro do ambiente de trabalho e de novos treinamentos, à medida que a crise sanitária avançava.

Para reduzir as chances de contaminação de todos os trabalhadores, o exercício laboral precisa ser norteado pela biossegurança. Esse conceito pode ser definido como o conjunto de estudos e ações destinadas a prevenir, controlar, minimizar ou eliminar riscos inerentes às práticas que possam comprometer a

saúde humana (BORBA *et al.*, 2009). Essas ações precisam ser transdisciplinares e contemplar aspectos de infraestrutura, equipamentos, boas práticas por parte dos profissionais e medidas de vigilância em saúde do trabalhador.

A primeira medida tomada foi o cancelamento de todas as visitas domiciliares e atividades coletivas – grupos terapêuticos e educativos – e alguns atendimentos ambulatoriais. As equipes foram orientadas a cancelar suas agendas e atender somente algumas linhas de cuidado prioritárias e a demanda livre, sobretudo as que estavam relacionadas a sintomas respiratórios.

Em seguida, a porta de entrada da unidade foi reestruturada: os usuários passaram a ser triados de acordo com as demandas e sintomas, na parte externa da Unidade de Saúde antes de chegarem à sala de espera, na intenção de evitar a contaminação cruzada entre os usuários e profissionais. Os responsáveis por esse primeiro acolhimento e classificação de risco eram os ACS, os enfermeiros e os farmacêuticos. Os usuários diagnosticados com sintomas respiratórios eram atendidos por uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) composta por médicos, enfermeiros e ACS das Equipes de Saúde da Família que se revezavam em turnos. A consulta se dava em salas externas à unidade, que contavam com filtro tipo High Efficiency Particulate Arrestance (HEPA) e tinham seu perímetro isolado para evitar circulação de outras pessoas.

As alterações do serviço promoveram uma sobrecarga em vários trabalhadores, já que muitos profissionais precisaram ser afastados de suas funções por fazerem parte do grupo de risco para a Covid-19 e outros não podiam fazer parte da escala de atendimento da Equipe de Resposta Rápida (ERR) por terem outras condições que os colocariam em um risco aumentado frente aos demais colegas de profissão. A área de atendimento de usuários com sintomas respiratórios foi gradualmente se alterando e se estabelecendo na área externa coberta da Unidade, de forma a dar conta do aumento da demanda. Dessa forma, conseguiu-se reduzir o quantitativo de usuários circulando dentro do CSEGSF, possibilitando que a espera para o atendimento fosse em local mais arejado. Essas medidas adotadas estavam em consonância com a Resolução 4330 (Rio de Janeiro, 2020). Cerca de dois meses após o início da pandemia, houve a contratação de profissionais para atuação exclusiva na ERR, permitindo que os médicos e enfermeiros voltassem a se dedicar às demandas de suas eSF. Poucas modificações significativas ocorreram

nesse período até o fim do ano de 2020, e nenhuma foi estrutural, como no início da pandemia no município, ocorrendo apenas a discussão de alguns fluxos em reuniões gerais, especialmente para a ERR.

Com o avanço da pandemia, a demanda por equipamentos de proteção individual — máscaras cirúrgicas, máscaras PFF2 ou N95, álcool 70%, *faceshield* (protetor facial), capote, luva cirúrgica — tornou-se muito grande, levando a um desabastecimento e racionamento desses itens em vários países. A implementação do tipo de EPI para cada atividade, sua oferta e seus prazos de utilização foram discutidos em reuniões gerais da unidade, pautados em normativas municipais e estaduais.

Nas primeiras semanas de quarentena no município, só os profissionais que estavam na porta de entrada e atendendo usuários com sintomas respiratórios usavam máscara cirúrgica e máscara N95, respectivamente. O uso de máscara não foi adotado para os profissionais que atendiam nos consultórios, na farmácia ou nos guichês de acolhimento. À medida que as secretarias de saúde do Estado e do Município atualizavam decretos e novas orientações, a unidade reorientava as medidas protetivas para profissionais da saúde.

Apesar dos problemas de abastecimento de EPI no município do Rio de Janeiro, a oferta não foi um problema significativo para o CSEGSF. Ao mesmo tempo, a possibilidade de contratação de profissionais para atuarem exclusivamente na ERR deixou o CSEGSF em uma posição privilegiada em relação às demais unidades de APS do município (para poder dar continuidade aos demais atendimentos? Se for isso, acho que vale mencionar).

Os ACS reduziram as idas ao território, já que as visitas domiciliares estavam ocorrendo apenas em casos especiais. Como é a categoria profissional mais numerosa da unidade (média de seis por equipe), era de se esperar que a nova demanda de trabalho ficasse bem distribuída. Entretanto, muitos desses profissionais faziam parte do grupo de risco para Covid-19, o que reduziu significativamente a quantidade de ACS em cada equipe durante a pandemia. Eles precisaram dividir sua carga horária de trabalho entre a escala da ERR, a escala do acolhimento dentro da unidade e na classificação de risco na porta de entrada. A paramentação com EPI exigida para esses profissionais, quando escalados na ERR, foi a que mais se reduziu ao longo dos meses, sendo cada vez menos rigorosa e mais distante do nível de proteção dos outros profissionais de saúde.

Também foi exigido aos auxiliares de serviços gerais (ASG), porteiros e recepcionistas o uso de máscaras. Para a equipe de ASG escalada para a higienização da área da ERR, a paramentação começou sendo mais rigorosa (luvas cirúrgicas, capote), mas isso também foi se alterando com o tempo. Os trabalhadores de funções administrativas, que a princípio não eram obrigados a usar máscara, passaram a adotar o uso obrigatório de máscaras não cirúrgicas ou cirúrgicas, caso fosse requerido pelo trabalhador, de acordo com os novos decretos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que atualizavam a Resolução SMS 4330/2020 (RIO DE JANEIRO, 2020).

Nos meses iniciais da pandemia, os profissionais do NASF (psicólogo, educadora física, psiquiatra, profissional de educação física, pediatra) e as demais especialidades do CSEGSF (nutrição, serviço social, psicologia e psiquiatria) suspenderam os atendimentos individuais presenciais e as atividades coletivas. A atuação profissional foi modificada para consultas e acompanhamentos de usuários de forma remota, sendo o contato virtual potente para fornecer informações sobre a Covid-19, promovendo atividades de educação em saúde para a população. Além disso, os profissionais elaboraram nos seus núcleos de especialidades com materiais educativos sobre a pandemia que foram divulgadas para os usuários por meio de mensagens instantâneas, vídeos no YouTube, folhetos impressos, entre outros. Os médicos infectologistas mantiveram os atendimentos presenciais para os usuários HIV positivos e com outras condições de saúde crônicas.

Ao longo dos meses, a quantidade de EPI obrigatório para determinadas atividades foi sendo reduzida ou negligenciada por alguns profissionais. As condições de trabalho (temperatura do ambiente, limitação para o acesso a sanitários e ao consumo de água e alimentos) e o desgaste dos trabalhadores depois de tantos meses de pandemia tiveram uma importante influência no mau uso de EPI. O estranhamento dos novos processos de trabalho e da rapidez com que as recomendações foram sendo atualizadas podem ter impactado na adesão e na sua correta utilização. No período de observação deste relato, esta situação ocorreu durante todos os meses, não pela escassez, mas por condutas profissionais, relacionadas ao repasse contraditório e confuso de informações sobre as atualizações do uso dos EPI, assim como ao cansaço gerado pelo seu uso por muitas horas e a banalização do momento sanitário, especialmente pelo governo federal e redes sociais digitais.

A Norma Brasileira 32 (NR 32), da Portaria nº 485 (BRASIL, 2005), que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, esclarece a obrigatoriedade do empregador de fornecer capacitação aos trabalhadores sempre que houver mudança nas condições de exposição a agentes biológicos, bem como o fornecimento de vestimentas confortáveis e adequadas a essa exposição, na quantidade adequada, sem oferecer um ônus aos mesmos. Apesar do uso de alguns EPI ter gerado desconforto nas atividades laborais em ambientes sem ar-condicionado, os profissionais do CSEGSF não tiveram negado ou negligenciado o seu direito aos EPI durante esse período.

Apesar da necessidade clara do uso desses materiais de proteção no contexto da pandemia, é importante não perder de vista que há uma cultura conservadora por trás do uso desses materiais de proteção que responsabiliza completamente o trabalhador pela sua biossegurança, como se seu bom uso proporcionasse uma vida sem acidentes de trabalho e exposições (LARA, 2011).

Vale ressaltar que a pandemia de Covid-19 ocorre em um cenário de postura anticientífica e negacionista dos órgãos de saúde nacionais competentes e instabilidade ministerial na pasta da saúde, além da tendência internacional de produção e disseminação de *fake news* sobre a doença (MOREL, 2021). Dentro desse contexto, os trabalhadores da unidade, teoricamente esclarecidos, por vezes minimizavam o uso correto dos EPI, colocando em dúvida as recomendações dos órgãos internacionais de saúde e negligenciando medidas protetivas, como o distanciamento social.

Assim, em dado momento o CSEGSF recebeu uma queixa pela ouvidoria referente ao não uso de máscara por parte de alguns profissionais de saúde, além de diversas notificações de incidente sobre o uso inadequado de EPI e o não cumprimento de outras medidas preventivas à Covid-19 no campus da Fiocruz durante o expediente.

É importante salientar que a noção de risco é socialmente construída e a forma de percebê-lo, e de lidar com ele, pode pautar-se em outras lógicas que não a epidemiológica. Há quem paute o risco de contrair doenças pela observação cotidiana de casos da doença e de morte em seu círculo social próximo. Apesar de serem observações selecionadas propositalmente, mantém certa lógica epidemiológica se basear em fatos passados para antever o futuro, criando-se

hipóteses explicativas. Isso serve tanto para apoiar os achados epidemiológicos sobre o curso da doença como para desafiá-los (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010), o que pode impactar também na adequação ao uso correto de EPI e outras medidas protetivas.

Diante das novas formas de fazer o trabalho em saúde durante a pandemia, faz-se necessário abordar como as mudanças impactaram no trabalho das diferentes categorias profissionais de profissionais do CSEGSF. De acordo com Teixeira e colaboradores (2020) a força de trabalho em saúde não é homogênea, apresentando diferenças de gênero, raça e classe social. Essas diferenças se manifestam de forma estruturante no acesso aos níveis e cursos de formação profissional, bem como das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, e que são reproduzidas na rotina do cotidiano das relações de trabalho nos serviços de saúde.

Os problemas relacionados à pandemia não afetam da mesma maneira as diversas categorias profissionais, sendo necessário evitar as reduções ou generalizações e atentar para a especificidade de cada uma, já que é por meio dessas divisões que se estruturam os serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Com a suspensão inicial de algumas atividades da ESF no território de Manguinhos, os enfermeiros e médicos passaram a atender somente à demanda agendada de pré-natal e tuberculose, além da demanda espontânea, e dividiram-se em escala para estarem na porta de entrada e na ERR. Já os técnicos de enfermagem foram deslocados das ESF para atuarem nos locais de grande demanda como sala de imunização, curativo, posto clínico de observação, realização de procedimentos, entre outros. No entanto, com a contratação de novos profissionais para atendimento na ERR, os enfermeiros da ESF, junto com os ACS, passaram a realizar a classificação de risco para controlar o fluxo de atendimento dentro da unidade. Mesmo que de forma menos intensa, isso também promoveu o trabalho em escala e a perda de um turno de atendimento dos casos das eSF.

Ao mesmo tempo, o fluxo de trabalho da farmácia se alterou a partir da primeira semana de quarentena, mesmo antes dos fluxos da unidade se modificarem. Todos os profissionais envolvidos com a área de dispensação e da Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) adotaram o uso de máscaras cirúrgicas durante todo o expediente de trabalho, apesar das recomendações iniciais não serem essas. O fluxo de atendimento dos usuários da farmácia foi

adaptado de modo a evitar atendimentos simultâneos, com usuários lado a lado e a entrada de mais de um usuário, reduzindo o tempo de espera dele dentro de um ambiente fechado e com pouca ventilação. As prescrições geradas pela ERR eram entregues nas mãos do ACS devidamente paramentado, que ficava responsável pelo recolhimento do medicamento na área de dispensação e a sua entrega ao usuário, que aguardava na área de sintomáticos respiratórios.

Por conta da dispersão de aerossóis devido a certos procedimentos, a equipe de saúde bucal alterou bastante sua rotina, precisando atender apenas demandas emergenciais, sendo um único paciente por vez no consultório (que possui duas cadeiras de procedimento) e dando um intervalo de mais de uma hora entre um atendimento e outro. Uma grande discussão ocorreu entre os dentistas sobre a implantação de um filtro HEPA no consultório para gerar mais segurança para trabalhadores e usuários em procedimentos dispersores de aerossóis.

Em agosto de 2020, diante da aparente estabilização do número de novos casos, os profissionais do NASF e os demais especialistas foram gradativamente modificando seu cotidiano de trabalho, retomando os atendimentos presenciais para os casos prioritários, respeitando os protocolos e alternando com os atendimentos remotos. A vigilância epidemiológica dos casos de Covid-19 foi priorizada e todos os usuários atendidos pela ERR foram cadastrados e telemonitorados, para acompanhamento da sua condição de saúde e evolução do caso.

O uso da telessaúde foi amplamente adotado durante a pandemia como forma de comunicação, rastreamento e acompanhamento junto aos pacientes, reduzindo o impacto das restrições impostas pelo isolamento social e risco de contaminação. No entanto, a sua aplicação nos diferentes contextos relacionados ao espaço profissional e ao cotidiano do território implicou investimentos em infraestrutura, inclusive de padrões de informação e uso de tecnologias comunicacionais em saúde capazes de garantir o seu sucesso de modo interativo e com equidade para todos. Esses investimentos, que não se limitam ou são resolvidos apenas com recursos financeiros, implicaram certo tempo para a sua constituição, particularmente em contextos tão diversos como o brasileiro, o que pode ser um limite para o atendimento do seu pleno potencial de funcionamento (CAETANO *et al.*, 2020).

No CSEGSF, o acompanhamento à distância envolveu os profissionais do setor de vigilância epidemiológica, residentes de todas as categorias profissionais,

dentistas, enfermeiros e médicos da ESF. O acompanhamento dos casos se deu por meio de ligações telefônicas, em dias alternados durante o período de 14 dias corridos, a partir do início dos sintomas e o preenchimento de questionário padrão. Alguns dados coletados, como sintomas e desfecho do caso, geraram informações para alimentar o Painel Manguinhos, base de dados sobre a Covid-19 no território que reúne dados da Clínica da Família Victor Valla (CFVV), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Manguinhos e CSEGSF.

Com o cancelamento de práticas coletivas, consultas agendadas e redução da ida ao território por parte das eSF, adotou-se um contato via telefone ou WhatsApp entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo disponibilizado um smartphone para cada eSF otimizando o contato. Essa foi uma ferramenta estratégica utilizada para favorecer o contato e o acompanhamento com o usuário, manter o vínculo e organizar o agendamento das consultas de retorno e por prioridade de atendimento. Cabe destacar que o acesso a essa tecnologia por parte dos usuários foi desigual, considerando a idade avançada, a falta de habilidade e falta de acesso a celular e internet. Alguns grupos de atividades coletivas, como o de atividades físicas e o ConvHivendo (usuários HIV positivos em situação de vulnerabilidade socioeconômica), utilizaram o acompanhamento remoto.

2. Sofrimentos e adoecimentos vividos pelos trabalhadores do CSEGSF durante a pandemia de Covid-19

Ao longo da pandemia, muitos trabalhadores do CSEGSF se infectaram com SARS-COV-2, gerando consequências para a saúde desses profissionais. O período da observação participante possibilitou o registro das preocupações daqueles que adoeceram por Covid-19. Cabe destacar que, quando falamos de profissionais da saúde, estamos lidando com um grupo heterogêneo que caracteriza a força de trabalho, levando a formas diferentes de exposição, tanto de risco de contaminação, quanto de fatores associados às condições de trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Os profissionais que adoeceram, após a sua recuperação e volta ao trabalho, relataram a sintomatologia da doença como experiência daquilo que a Covid-19 traz como consequência. Algumas falas reportaram sintomas leves como febre, tosse, dor de garganta, perda do paladar e olfato, que regrediram ao longo do tempo, sem necessidade de intervenção assistencial. Outras experiências

ocorreram com sintomas moderados, como dispneia por pequenos esforços, sem precisar de suporte ventilatório. Casos graves de uso de ventilação e internação não foram relatados pelos trabalhadores. Alguns trabalhadores sem sintomatologia foram detectados com Covid-19 por teste rápido de anticorpos, mostrando que há risco de transmissão em assintomáticos. Houve muitos relatos de sintomas após os 14 dias de infecção, o que pode ser associado como uma sequela da doença.

Na China, estima-se que 3.000 profissionais de saúde foram infectados e pelo menos 22 morreram, muitos deles com fatores de risco prévios a contaminação da doença. Apesar do reconhecimento de que a transmissão ocorre principalmente por meio de indivíduos sintomáticos, há relatos de casos de assintomáticos que transmitem a doença para seus familiares, mostrando a necessidade de isolamento de todos os casos para evitar a contaminação entre os profissionais (ADAM; WALL, 2020).

Com relação aos sintomas pós-covid, os mais observados em análises clínicas e com base nos relatos dos pacientes foram, além da perda de olfato e paladar, dores musculares e nas articulações, fadiga, taquicardia, hipertensão ou hipotensão sem causa determinada e ainda dispneia. As pesquisas ainda não indicam, por exemplo, exatamente porque ocorrem as complicações extrapulmonares, por quanto tempo irão persistir e que consequências a médio e longo prazos podem trazer.

Em junho de 2021, passou a funcionar o Centro Multidisciplinar para Tratamento Pós-Covid-19 do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O centro é uma referência para o SUS, com oferta de atendimento via Central de Regulação, além de pesquisa básica e clínica a respeito de temas como impacto das vacinas, os componentes genéticos que tornam algumas pessoas mais vulneráveis ao coronavírus SARS-Cov-2 e fatores que levam à síndrome pós-Covid-19, sendo um avanço e suporte para aqueles que têm sequelas da doença até o momento (PEREZ, 2020; O GLOBO, 2021).

Outras questões relacionadas ao adoecimento por Covid-19 dos trabalhadores estão nas falas frequentes sobre o local da origem de sua infecção, criando-se um nexo causal entre o trabalho em saúde e maior risco de se infectar pela doença ou não. Ressalta-se as constantes narrativas dos profissionais sobre a angústia e preocupação de, uma vez infectado, se isolar em casa e expor seus familiares a contaminação do vírus, ou seja, ser responsável pelo adoecimento ou morte daqueles que ama, afetando sua saúde mental.

De acordo com Teixeira (2020); Adam e Wall (2020), o medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes, bem como a angústia dos familiares associada à falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos, principalmente em infectar membros da família, especialmente os mais velhos, os imunocomprometidos ou com doenças crônicas, foram aspectos relacionados ao sofrimento psíquico e ao adoecimento mental dos profissionais de saúde. Em alguns casos, acarretou a relutância em trabalhar e a percepção de falta de suporte do trabalho para lidar com os problemas relacionados à infecção pelo vírus. A preocupação com a possível transmissão para membros da família foi amplamente relatada entre os profissionais, mostrando a certeza da angústia dos trabalhadores com o tema.

De acordo com Leonel (2021) 60% dos trabalhadores entrevistados na pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 relataram situações que afligem os profissionais de saúde, como a falta de apoio institucional, a desvalorização pela própria chefia (21%), a grande ocorrência de episódios de violência e discriminação (30,4%) e a falta de reconhecimento por parte da população.

No entanto, em uma pandemia, sabemos que o trabalhador da saúde adoecer não somente por Covid-19. O trabalho se configura como um determinante social de saúde, em que as condições de vida, incluindo o trabalho, influenciam em demasia nas questões de saúde desses trabalhadores (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Além de condições presentes no dia a dia desses indivíduos que repercutem na sua saúde, fatores macroeconômicos e estruturais também interferem negativamente na determinação social da saúde, como o subfinanciamento do SUS, congelamento de gastos na saúde por meio da Emenda Constitucional 95, deterioração dos serviços, precarização da força de trabalho estabelecida por vínculo de terceirização e o novo modelo de financiamento para APS. Outros aspectos como a dupla jornada de trabalho da mulher, alimentação, atividade física, relações de poder e dominação entre as categorias, saúde dos profissionais que não prestam assistência direta ao usuário, entre outros, precisam ser levados em consideração para ampliar o conhecimento desses fenômenos na vida do indivíduo profissional da saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, ao longo do curso da pandemia de Covid-19, múltiplas camadas de sentimentos e momentos foram vividas pelos(as) profissionais do

CSEGSF: a sensação de perigo iminente em contaminarem-se com o vírus; a necessidade do afastamento social, acrescido da ansiedade e sobrecarga de trabalho; bem como a mudança de processos de trabalho afetaram de forma significativa e heterogênea o ambiente laboral, a saúde física e mental dos profissionais.

A constante privação e diminuição da ingestão de água e alimentos foi um outro obstáculo enfrentado pelos(as) profissionais da unidade, seja pela utilização frequente dos EPI, receio de se contaminarem ao retirar a paramentação, a intensificação das atividades de trabalho e/ou por falta de tempo. Estas circunstâncias afetaram de certa forma o acesso dos sujeitos à alimentação e nutrição.

De acordo com Teixeira *et al.*, (2020) o uso em turnos de até 6 horas ininterruptas em UTIs desses equipamentos, como máscara, luvas, fraldas, além da ansiedade vivenciada no momento da desparamentação, isto é, da retirada desses equipamentos, tem provocado um intenso sofrimento nestes profissionais, levando, inclusive, ao afastamento do trabalho, o que compromete, ainda mais, a qualidade do atendimento prestado à população

Ademais, a frequente higiene das mãos foi associada a uma maior incidência de dermatite nessa região (TEIXEIRA *et al.*, 2020), corroborando o nosso relato de hiper utilização de solução alcoólica devido ao medo de se contaminar, levando a dermatite e ressecamento da pele das mãos.

Dentre todos os desafios de vivenciar uma pandemia, as estratégias de rearranjo social, adotadas como medidas de segurança, já foram o bastante para gerar inúmeros desconfortos para o cotidiano dos profissionais do CSEGSF. Para além do risco concreto de infecção pelo novo coronavírus, é necessário discutir sobre outras formas de adoecimento produzidas no contexto do trabalho e que trazem efeitos para a saúde física e saúde mental dos profissionais.

3. As incertezas e contradições vivenciadas pelos trabalhadores do CSEGSF durante a pandemia de Covid-19

No Brasil a atual instabilidade no contexto sociopolítico se reproduziu na comunidade científica e nos meios de comunicação (formais e informais) trazendo uma postura contraditória e ambígua em relação às normas de proteção e cuidado durante a pandemia, com sérias repercussões na adoção e cumprimento das orientações pelos profissionais de saúde e pela população em geral. Além

do negacionismo adotado diante da eficácia da imunização da população, foi evidente a prioridade dada pelo governo na divulgação sem evidências científicas ao uso de alguns medicamentos como cloroquina, ivermectina, nitazoxanida, azitromicina, entre outros, no tratamento da Covid-19. Os boatos sobre o seu uso se espalharam rapidamente e levaram a dúvidas e incertezas sobre o tema. Assim, houve um senso comum acerca da ideia de que a mera possibilidade de eficácia desses medicamentos ou de práticas que se dissessem curadoras da doença já justificaria seu uso, mesmo sem comprovação científica.

Observamos que, em seus discursos, muitos profissionais no cotidiano de trabalho no CSEGSF demonstraram a tentativa de estabelecer uma relação entre o uso de alguns medicamentos e a cura da infecção. No entanto, como contraponto, houve algumas narrativas concentradas na crítica do uso desses medicamentos/práticas e nas consequências da sua utilização, sem o devido embasamento científico.

Ao longo da história a humanidade sempre buscou por alívio e cura de doenças e agravos por meio da ingestão de produtos naturais ou sintéticos, que trouxessem um alívio rápido ou até “milagroso” para enfermidades e epidemias, como por exemplo a gripe espanhola, em 1918 (ABREU, 2020). Na atual conjuntura, essa busca por tratamento, característico também de outras epidemias, foi depositada nos medicamentos. Quando não existe um tratamento clinicamente comprovado, há um direcionamento para o uso de medicamentos baseados em sua atividade *in vitro* ou em estudos observacionais, estudos científicos com baixo grau de recomendação, surgindo, assim expectativas com relação ao seu uso para tratar a enfermidade e até prescrições *off-label*. O uso *off-label* é o termo usado quando a prescrição é feita fora das indicações terapêuticas, quando não é utilizada a posologia ou dosagem recomendada, modifica-se a duração do tratamento ou, ainda, é destinada a um doente fora do grupo indicado na bula (BARBOSA; MATOS, 2016; ANDRADE *et al.*, 2020).

Todavia, o fato de um medicamento ser eficaz em estudos *in vitro* não significa que será eficaz no combate à doença. Na verdade, muitos deles se mostram ineficazes em ensaios clínicos randomizados. E no caso da cloroquina ou hidroxicloroquina, os ensaios clínicos que tentaram demonstrar ou excluir um efeito benéfico nas infecções por coronavírus humanos ou negatização viral por PCR falharam, ou devem ser interpretados com cautela. Em 2021, uma revisão

sistemática foi publicada afirmando que os estudos analisados em sua revisão mostraram que não há nenhum benefício clínico no uso de hidroxicloroquina como tratamento para pacientes não hospitalizados, além de não diminuir o tempo de internação ou recuperação dos usuários internados com a Síndrome Respiratório Aguda Grave (ANDRADE *et al.*, 2020; MARTINS FILHO *et al.*, 2021).

Ademais, surge um imaginário simbólico que envolve esses produtos farmacêuticos. Lefèvre (1983) afirma que os medicamentos possuem essa função devido à crença de reduzir a saúde somente aos componentes fisiológicos, sendo possível elaborar uma “solução” para gerar saúde e, conseqüentemente, transformar a “solução” em mercadoria. A mercadoria entra com o papel de criar o desejo por meio do consumo, diminuindo a distância entre o desejo e sua realização, ou seja, o desejo de melhorar de um sofrimento por meio do medicamento é realizado com a sua compra ou a admissão. Essa realização se amplifica mais ainda diante do seu caráter científico, que lhe concede a veracidade ou a verdade da solução (LEFÈVRE, 1983).

As incertezas que medicamentos como cloroquina e ivermectina trouxeram, juntamente com aumento de sua procura, estão ligados à importância que as *fake news* ganharam no cenário atual de pandemia. As *fake news*, definidas como notícias que possuem a intencionalidade de construção de uma narrativa que não corresponde aos fatos e são falsas, visam manipular os destinatários que recebem as informações. No entanto, elas sempre existiram, não sendo exclusividade do nosso período histórico, sendo uma questão tão emblemática na atualidade por sua associação com as redes sociais.

Como exemplo, estima-se que dentre os 210 milhões de habitantes do Brasil, mais de 120 milhões de pessoas usam o aplicativo de mensagens *WhatsApp* como forma de comunicação. Com esses números, mais de 60% dos brasileiros utilizam o aplicativo de mensagem, mostrando a capilaridade de transmissão e de troca de informações entre as pessoas, associada ao grau de confiança das relações interpessoais (GUIMARÃES, 2020; ALVES; MACIEL, 2020; MELO, 2020). Soma-se a isso a capacidade de notícias falsas terem uma probabilidade maior (70%) do que as verdadeiras de serem repassadas nas redes sociais (MELO, 2020). As notícias verdadeiras levam seis vezes mais tempo para serem produzidas do que as não verdadeiras, tornando-se algo inalcançável desmenti-las nos últimos tempos.

As redes sociais produzem um fenômeno ainda em discussão chamado “viés de confirmação”, que é a tendência de alguns indivíduos buscarem informações que reafirmam suas próprias crenças ou de seu grupo de pertencimento. Por isso, quanto maior for a existência de um discurso polarizado na sociedade, maiores serão as chances de o “viés de confirmação” se transformar em produção de “informação de combate”, ou seja, informação voltada para corroborar narrativas pré-estabelecidas e fortalecer determinada posição, não importando a apuração da realidade dos fatos. Nesse sentido, as informações falsas se transformam em informações hiperpartidárias, criando assim, um ambiente de pós-verdade em que as narrativas ou crenças pessoais são mais importantes do que os fatos (ALVES; MACIEL, 2020).

Os governos eleitos com um discurso extremamente polarizado dentro desse ambiente de “informação de combate” têm nos fatos e, conseqüentemente, na ciência, uma barreira para aplicar suas visões de mundo. Assim, criam discursos falsos que vão contra as recomendações das autoridades sanitárias mundiais, e às vezes, de seu próprio país. Governos como os dos presidentes Jair Bolsonaro e Donald Trump confundem e influenciam em demasia as notícias falsas sobre as recomendações científicas da pandemia, incluindo medicamentos e seu uso *off label* (AJZENMAN; CAVALCANTI; DA MATA, 2020).

No dia 24 de março de 2020 o presidente da República Federativa do Brasil, Jair Bolsonaro, afirmou em uma reportagem que, devido ao seu histórico de práticas atléticas, não se preocupava com a doença, que “era só uma gripezinha”. No mesmo dia, ele mencionou que o tratamento com hidroxicloroquina para Covid-19 era efetivo e que iria adotar como medida do Ministério da Saúde. Assim, o Ministério da Saúde passou a adotar um protocolo para o uso de hidroxicloroquina e azitromicina no tratamento de casos de Covid-19, acompanhado de um termo de consentimento esclarecendo que o tratamento com essas drogas ainda não era comprovado por ensaios clínicos e que o usuário se responsabilizaria por usar essas medicações. (AJZENMAN; CAVALCANTI; DA MATA, 2020; BRASIL, 2020; ROSSI, 2020).

Para que essas práticas e falas sobre o uso de medicamentos com baixo grau de recomendação não se tornem comuns no discurso e na prática profissional, incluindo a saúde do profissional, é importante falar a respeito do Uso Racional

dos Medicamentos (URM) no cotidiano do trabalho em saúde. URM é definido como: “recebimento de medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível” (WHO, 1985).

4. Cuidando do trabalhador: iniciativas de acolhimento voltadas para a saúde do trabalhador

O trabalho é um componente importante da vida dos indivíduos. Além de gerar renda para manutenção da vida, atua como agente de inclusão social, permitindo a construção de redes de apoio que contribuem para a manutenção da saúde. Em contrapartida, pode ser a causa de sofrimento, adoecimento e até morte desses trabalhadores (BRASIL, 2018a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), compreende-se que trabalhadores e trabalhadoras são todos os homens e mulheres independente de seu vínculo empregatício, da área em que atuam (rural ou urbana) ou se estão aposentados, desempregados ou em atividade no momento (como estagiários, temporários etc.). Portanto, a Saúde do Trabalhador (ST) assume o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações de produção-consumo e o processo saúde-doença desses indivíduos (BRASIL, 2018a). A ST se distingue da medicina do trabalho e da Saúde Ocupacional por estar centrada no processo saúde-doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho, diferentemente das duas anteriores: a primeira, médico-centrada e voltada à adaptação do trabalhador às suas atividades laborais; a segunda, multiprofissional, mas focada em intervir de forma higienista nos ambientes do trabalho, controlando os riscos a exposições (MENDES; DIAS, 1991).

No cotidiano do trabalho, os indivíduos estão sujeitos a múltiplas situações e fatores que representam riscos à saúde. A nocividade pode estar relacionada a insumos, máquinas, os processos de organização do trabalho (produtividade, jornada de trabalho, relações conflituosas) ou agentes químicos, físicos ou microbiológicos (BRASIL, 2018a). A principal recomendação das instituições governamentais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para controlar a propagação da Covid-19 foi respeitar as regras de distanciamento social (OPAS, 2021b). No entanto, se manter em casa a maior parte do tempo não

é uma realidade plausível para muitos dos trabalhadores das diferentes categorias profissionais, em especial, os trabalhadores da saúde, que independentemente de estarem atuando em contato ou não com pacientes, experienciam rotinas permeadas de risco, estresse, medo, insegurança e outras questões que podem implicar em sua saúde física, mental e social.

Com a pandemia de Covid-19, o profissional da área de saúde ficou mais propenso a adoecer. Atribui-se a isso o aumento da demanda de trabalho, comum em períodos de surtos e pandemias, associado a condições precárias de trabalho, escassez mundial de EPI e exposição aumentada ao SARS-Cov-2 em relação a profissionais de outras áreas (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Estes profissionais também estão mais propícios a problemas relacionados à saúde mental. Cerca de 39% deles apresentam esgotamento, ansiedade, depressão e distúrbios do sono, sobretudo aqueles que convivem com sobrecarga de trabalho (QI, 2020; XIANG, 2020; DAI, 2020).

Como balizamento, em Pequim, os profissionais de saúde que estavam em contato direto com pacientes confirmados ou suspeitos de Covid-19 tiveram substancialmente mais sintomas de estresse pós-traumático quando comparado com aqueles sem essas experiências (WU, 2020).

Os reflexos da Covid-19 na saúde desses trabalhadores são imediatos, a começar pela decisão de alguns de se manterem distantes de pessoas próximas ou até mesmo de abdicar da convivência familiar, com intuito de proteger seus parentes. A decisão de se isolar é tomada majoritariamente por aqueles que dividem a casa com pessoas consideradas do grupo de risco, como é o caso de uma enfermeira do CSEGSF, que relata ser “difícil ficar distante”, enquanto falava sobre sua família e seu isolamento.

Nesse momento, somar esforços e oferecer atenção e cuidado aos profissionais que estão cotidianamente trabalhando no enfrentamento à Covid-19 é fundamental para amenizar os impactos da pandemia em sua saúde. Com este pressuposto, o CSEGSF deu maior relevância a um grupo já existente, uma rede de apoio aos profissionais de saúde denominada grupo “Cuidando de quem cuida”.

Participaram do grupo e das reuniões de planejamento e organização dos temas e atividades durante a pandemia de Covid-19 as seguintes categorias profissionais: medicina, educação física, psicologia e serviço social. Entre eles

havia profissionais contratados, servidores da Fiocruz, residentes médicos e multiprofissionais. A programação inicial das atividades do grupo incluiu primordialmente as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e outras práticas realizadas na perspectiva da promoção do cuidado ao trabalhador, especialmente do autocuidado.

A maior parte das atividades práticas oferecidas aos trabalhadores e trabalhadoras foram caracterizadas como PICS (BRASIL, 2021b), com oferta de ações de cuidado para redução da dor, da tensão muscular, do estresse e da ansiedade. O uso das PICs foi uma oportunidade para os trabalhadores se inserirem em práticas relacionadas ao autocuidado, como corresponsáveis no processo de melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Uma fala comum entre os participantes foi “as PICS podiam acontecer sempre”, o que mostrou a sua relevância e notória contribuição à saúde dos trabalhadores.

Algumas práticas tiveram maior destaque pela possibilidade de serem realizadas individualmente, de forma presencial em locais abertos e externos, sem necessidade de salas privativas, como é o caso da auriculoterapia, considerada uma das PICS mais populares, que objetiva estimular pontos energéticos no pavilhão da orelha. Outras práticas se destacaram pela possibilidade de realização a distância, de forma remota pelo *WhatsApp* ou por outros aplicativos, se alinhando perfeitamente ao protocolo de prevenção à Covid-19. Uma delas foi a automassagem, como uma estratégia de cuidado complementar que é realizada pelo próprio trabalhador em si mesmo, além do reiki e da meditação, terapias que buscam o reequilíbrio e, para atingi-lo, devem acontecer em um ambiente tranquilo.

Pode-se destacar ainda a terapia comunitária integrativa que, pelas suas características, permitiu ser realizada por encontro remoto. A prática terapêutica coletiva parte do pressuposto de que o saber pela experiência de vida de cada pessoa, bem como a troca entre eles, os aproximam, mesmo com o distanciamento social, contribuindo com o apoio emocional e com o desenvolvimento de laços sociais. E, por último, a terapia de florais de Bach como uma possibilidade terapêutica de cuidar das expressões física, emocional, mental, social e espiritual do trabalhador. Diante da pandemia, os florais contribuem para amenizar os momentos de estresse e ansiedade, pois atuam nos pensamentos e nos sentimentos, harmonizando-os (BRASIL, 2020).

A partir da experiência do Grupo Cuidando de Quem Cuida, os residentes multiprofissionais realizaram algumas ações de promoção e cuidado à saúde junto a trabalhadores e trabalhadoras nas reuniões administrativas da equipe Harmonia, às quintas-feiras pela tarde. A finalidade foi proporcionar aos profissionais da saúde uma ampliação da rede de cuidado e do acesso às atividades, tendo em vista alguns limitadores, que por vezes impossibilitavam a participação nos espaços existentes, como a agenda e número aumentado de demandas por conta da pandemia.

A promoção do autocuidado foi um dos assuntos mais solicitados pelos(as) profissionais. Sendo assim, o tema foi trabalhado de forma multiprofissional na tentativa de abarcar conceitos ampliados e a integralidade da saúde dos sujeitos envolvidos. Entre as atividades oferecidas estavam presentes exercícios de respiração, alongamento, automassagem, meditação guiada, rodas de conversa sobre alimentação, exercícios físicos e poesia. Todas foram promovidas para integrar melhor a equipe e proporcionar um momento de bem-estar e de educação em saúde.

A primeira abordagem da equipe Harmonia consistiu em exercícios de respiração e alongamento, a partir de algumas queixas de dores e tensões relacionadas ao trabalho, compartilhadas entre os integrantes da equipe. Além dos profissionais da equipe Harmonia, foi comum trabalhadores de outras equipes e setores solicitarem a participação, o que teve como desdobramento a expansão das atividades desenvolvidas para outras equipes e setores do CSEGSF. Nos encontros seguintes foram incluídos alguns movimentos de yoga, meditação e relaxamento que proporcionaram um nítido bem-estar para os participantes, sendo bem aceitas e com um retorno verbal positivo.

Os temas relacionados a alimentação e nutrição foram considerados de grande relevância no planejamento das ações com os profissionais, impactando diretamente na saúde do profissional no contexto da pandemia. As crises econômicas e sociais, como a da Covid-19, têm forte influência na alimentação da população, causando instabilidade de acesso aos alimentos do ponto de vista qualitativo e quantitativo, decorrente da exclusão social (MATINEZ, 2013; ALPINO *et al.*, 2020).

Diante disso, diversos aspectos estiveram presentes nas ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), incluindo considerar a alimentação como uma ação de autocuidado e direito do profissional. Durante alguns encontros foram

estimuladas reflexões sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) dos profissionais e de suas famílias e como ela pode ser ameaçada no contexto da pandemia. As estratégias voltadas para EAN podem ampliar a reflexão crítica sobre o acesso e auxiliar na tomada de decisão com relação à alimentação. No entanto, é necessário que os profissionais participem das etapas de construção das atividades de EAN, contribuindo com conhecimento técnico e saberes, experiências e subjetividade com as práticas institucionais (BRASIL, 2012b; SANTOS, 2005; SOUZA; VIRGENS; 2013; BRASIL, 2018a).

No seguimento às ações de EAN com os profissionais do CSEGSE, foram abordados temas sugeridos por eles, como as dificuldades enfrentadas para se alcançar uma alimentação saudável e adequada. Durante as discussões, a maior parte dos participantes se mostrou interessada e expressou como lidava com algumas questões relacionadas à rotina de compra, aquisição, preparação e consumo dos alimentos, a falta de tempo para preparar e realizar as refeições no horário de trabalho e no domicílio; o custo dos alimentos; a limitação de locais para compra de comida próximo ao local de trabalho, decorrente do seu fechamento por ocasião da pandemia; a baixa ingestão hídrica, ocasionada pelo uso frequente dos EPI ou pela intensa rotina de trabalho.

As rodas de conversa incluíram debates sobre a partilha das tarefas domésticas e o comprometimento familiar nos aspectos que envolvem a alimentação, trazendo à tona a sobrecarga de responsabilidade das mulheres em torno das etapas que compreendem a alimentação da família. O estímulo para a reflexão sobre as escolhas e atitudes para mitigar essas dificuldades foi amparado nos dez passos para alimentação saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira, apresentando como proposta de incentivo a hábitos mais saudáveis e sustentáveis (BRASIL, 2014).

Os próprios participantes, de forma espontânea e criativa, expressaram suas ideias e estratégias, enriquecendo assim o diálogo e a troca de saberes. Ao falar sobre os simbolismos que permeiam a comida e a sua relação com os afetos, os profissionais presentes nas reuniões puderam compartilhar parte de suas memórias e o valor singular que alguns alimentos tinham para eles(as). Alguns relatos expressavam memórias, como “cheiro da infância”, “comida da vó”, “saúde”, entre outros. Cabe registrar que a maioria dos participantes não citou

produtos alimentícios ultraprocessados, como exemplo de memória afetiva. A discussão foi ampliada para o tema sobre o resgate das raízes culturais e regionais, ressaltando o consumo dos alimentos in natura e minimamente processados para a saúde, além da importância do seu envolvimento nas preparações culinárias em casa, como estratégia para melhorar a qualidade da alimentação.

Durante as atividades de EAN foram oferecidas algumas opções de lanche para degustação pelos participantes, além de receitas como opções de comidas práticas e saborosas, preparadas com alimentos in natura ou minimamente processados. Por conta das medidas de segurança contra a Covid-19, não foi possível a realização de oficinas culinárias e nem o compartilhamento de alimentos. No entanto, os profissionais colaboraram apresentando ideias sobre preparações culinárias e estratégias que costumavam adotar na elaboração das suas refeições.

Ao observarmos que muitos trabalhadores que atuam como Auxiliares de Serviços Gerais tinham uma resistência ao bom uso dos EPI - apesar de não serem os únicos -, em um dos encontros trouxemos uma atividade que trabalhou com os mitos e verdades sobre algumas informações veiculadas na internet, que dizem respeito à Covid-19, EPI e tratamentos para a doença. A atividade despertou interesse e troca de informações e a maioria dos participantes demonstrou conseguir diferenciar facilmente as *fake news* das informações verdadeiras. Entretanto, esse momento de educação em saúde não gerou um impacto prático no comportamento desses profissionais, em relação ao uso correto da máscara.

Ainda que as ações institucionais sejam indispensáveis ao bem-estar dos profissionais, cabe a estes a compreensão da importância dessas modificações no ambiente laboral e o comprometimento com as recomendações para evitar contágio durante a pandemia. A realização de oficinas e encontros periódicos e participativos estimulam e sensibilizam os profissionais para um comportamento mais adequado, mantendo-os mais atualizados dos riscos do uso incorreto de EPIs, sobre qual EPI usar e em quais situações, sendo importante que essas ações envolvam todos os profissionais do CSEGSE, independente da função ou vínculo empregatício.

Durante as atividades desenvolvidas com os profissionais observamos que foi criado um ambiente favorável para que eles pudessem expressar os seus afetos, como o medo e a angústia de serem infectados pelo vírus SARS-Cov-2 e de infectarem um familiar do grupo de risco. Houve também a valorização da troca de

saberes, ampliando a escuta individual ao que o outro nos traz e sobre a contribuição de cada um para o grupo. No entanto, a boa receptividade dos profissionais em relação às atividades promovidas teve como limite o excesso de demandas do serviço, que não deixava restar tempo para que participassem mais intensamente do grupo. Outros fatores limitantes foram a indisponibilidade de espaço adequado para realizar algumas atividades, que prejudicaram a continuidade e assiduidade das intervenções, além dos processos de trabalho de cada equipe e burocracias do serviço, que limitavam o tempo para a prática das atividades.

Considerações finais

A atuação dos profissionais do CSEGSF no território de Manguinhos, mesmo antes da pandemia de Covid-19, sempre foi um grande desafio. As limitações são históricas e relacionadas às questões ambientais, que envolvem desde a ocupação crescente e irregular do território até a precariedade dos serviços básicos como coleta de lixo, saneamento básico e baixa oportunidade para educação e mercado de trabalho formal. As condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias são agravadas pela expansão da violência armada, que limita o acesso regular da população ao cuidado à saúde trazendo para os serviços de saúde o desafio de lidar cotidianamente com uma grande demanda de trabalho.

A partir de março de 2020, a pandemia exigiu a mudança do fluxo de trabalho para acolher o aumento da procura por atendimento de usuários com sintomas respiratórios, além de novas condutas e adaptações necessárias à prevenção da disseminação do novo coronavírus, que demonstraram ser novos fatores estressores para o trabalho em saúde. Na tentativa de mitigar o sofrimento mental e físico em que os trabalhadores se encontravam durante o período de pandemia, o serviço de saúde ampliou as ações do grupo Cuidando de Quem Cuida, onde trabalhadores de saúde especialistas em práticas corporais, mentais e afins se mobilizaram disponibilizando sua aptidão solidária para todo o corpo de profissionais.

Observando a necessidade de tornar os encontros de equipe mais aprazíveis e promover ações de educação em saúde proveitosas para a vivência em tempos de covid-19, os residentes do PRMSF/ENSP/Fiocruz desenvolveram atividades na sua equipe preceptora (Harmonia), ampliando para outras eSF e

demais trabalhadores do CSEGSF, como porteiros, ASG e trabalhadores do laboratório de análises clínicas.

O uso de EPI pelos trabalhadores do CSEGSF foi uma questão que perpassou todo o cotidiano de trabalho, tanto pelo uso inadequado, que mobilizou a necessidade de realizar ações de educação na saúde, quanto pelos desgastes físicos e emocionais que o uso correto e diário acarretou.

Para garantir a continuidade do cuidado em saúde à população, os trabalhadores procuraram evitar seu próprio adoecimento, tanto por Covid-19 como em decorrência das recomendações sociais para evitar a contaminação no ambiente de trabalho, o que inclui ações de prevenção e tratamento da infecção pelo novo coronavírus. Nessa perspectiva, identifica-se que, mesmo entre os profissionais da área da saúde, não é consenso que a profilaxia com medicamentos de forma *off label* seja ineficaz e até perigosa em substituição ou adição às medidas protetivas contra a Covid-19. Ao longo dos meses da pandemia, nossas observações demonstraram a diversidade de comportamentos e condutas atravessadas por contradições e evidências científicas ainda em construção, acompanhadas por instabilidade e falta de definição do governo federal. A sazonalidade das informações formais e informais foi grande, agravando ainda mais a desinformação e insegurança de todos.

Durante a pandemia muitos processos e abordagens emergenciais foram sendo desenvolvidos e, em seguida, revistos diante da instabilidade representada por uma nova doença. Logo, mesmo no setor saúde, ainda é preciso promover ações educativas sobre a pandemia com o objetivo de gerar um senso de risco e condutas compatíveis com os achados científicos sobre a doença, de forma que o profissional não sofra em demasia por excesso de precaução, nem ponha a si e outros em risco por falta dela. É preciso haver uma vigilância ativa do comportamento dos profissionais em relação às medidas protetivas e promover um ambiente com condições para o convívio seguro e confortável dos trabalhadores.

Também se faz necessário seguir com as ações de cuidado voltadas aos trabalhadores, mesmo num cenário pós-pandemia. Garantir uma pausa no período laboral para acesso continuado a essas atividades, além de considerar os desejos, necessidades e expectativas dos trabalhadores no seu planejamento, é importante para sua saúde mental.

Destaca-se também que, diante dos desmontes vivido no Brasil nos últimos anos, torna-se premente a retomada dos direitos da classe trabalhadora brasileira, que foram mais ainda precarizados com a terceirização dos serviços do SUS, de modo a garantir o direito a trabalho digno e este, por sua vez, como direito fundamental à vida.

Nem heróis, nem vilões... Diversas vezes foi atribuído aos profissionais de saúde o papel do herói, ao longo da pandemia, por salvarem vidas. Foram eles que enfrentaram no início a escassez de máscaras adequadas, a falta de respiradores para atender seus pacientes, uma dupla e exaustiva jornada de trabalho, a exposição aumentada ao vírus e adoecimento de diversos tipos. Em contrapartida, foram esses mesmos profissionais que sofreram com a culpa de serem vistos como fonte potencial de transmissão do coronavírus para as pessoas próximas ou de seu convívio familiar, gerando medo e afastamento obrigatório ou espontâneo dos demais. Não há heroísmo ou vilanismo na práxis de saúde: há apenas trabalho – e tudo que está envolvido nesse processo. E é isso que o presente capítulo aborda e discute.

Podemos concluir que a pandemia reafirma a urgência do fortalecimento do SUS, e de uma agenda de governo comprometida com a garantia dos seus princípios: universalidade, integralidade e equidade.

Referências

- ABREU, J. L. N. Pandemias no passado e no presente: algumas reflexões. **Comunica. Uberlândia, 19 de maio de 2020**. Disponível em: <http://comunica.ufu.br/noticia/2020/05/pandemias-no-passado-e-no-presente-algumas-reflexoes>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ALPINO, T. M. *et al.* Covid-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 8, jul. de 2020**. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000805013&tlng=pt. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- ANDRADE, K. R. C. *et al.* Terapia medicamentosa para infecções por coronavírus em humanos: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 9, p. 3517-3554, 2020**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3517.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.
- AZEVEDO, A. L. Rio ganha hoje centro de tratamento pós-Covid. **O Globo**. 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/rio-ganha-hoje-centro-de-tratamento-pos-covid-1-25039728>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- ALVES, M. A. S.; MACIEL, E. R. H. O fenômeno das fake news: definição, combate e contexto. **Revista internet & sociedade, n.1, v.1, p. 144-171, 2020**. Disponível em: <https://revista.internetlab>.

org.br/o-fenomeno-das-fake-news-definicao-combate-e-contexto/. Acesso em: 27 dez. 2020.

AJZENMAN, N.; CAVALCANTI, T.; MATA, D. da. **Leaders' speech and risky behaviour during a pandemic**. 2020. Disponível em: <https://voxeu.org/article/leaders-speech-and-risky-behaviour-during-pandemic>. Acesso em: 27 dez. 2020.

BARBOSA, C.; MATOS, M. F. Prescrição off-label, direito à informação, consentimento informado e processo clínico eletrônico no direito português. **Cadernos IberoIbero-americanos de Direito Sanitário**. Brasília, n. 5, v. 3, p. 157-179, jul./set. 2016.

BORBA, C. M. *et al.* Biossegurança e Boas Práticas Laboratoriais. In: MOLINARO, E.; CAPUTO, L.; AMENDOEIRA, R. **Conceitos e Métodos Para Formação de Profissionais em Laboratórios de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, IOC, 2009. p. 21-65.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Brasília, v. 142, n. 219, nov. 2005. p. 80-94. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCitada+-PL+6626/2009. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77-93, 2007**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CAETANO, R.; *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública, 2020, v.36, n.5. e00088920**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00279111**. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco:**

uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. ISBN 978-85-7541-310-4.

DAI, Y. *et al.* Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak on healthcare workers in China. **MedRxiv [preprint]**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>. Acesso em: 27 dez. 2020.

HALLAL, P.C. SOS Brazil: science under attack. **The Lancet**, v. 397, p. 373-374, jan, 2021.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300512&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2021.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. Florianópolis:

R. **Katál**. v.14 n.1, p.78-85, 2011.

LEFÈVRE, F. Função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1983. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v17n6/07.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Portal Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-aude#:~:text=Os%20dados%20indicam%20que%2043,a%20necessidade%20de%20im%20rovisar%20equipamentos>. Acesso em: 8 dez. 2020.

MARTINS FILHO, P. R. *et al.* Efficacy and safety of hydroxychloroquine as pre-and post-exposure prophylaxis and treatment of Covid-19: A systematic review and meta-analysis of blinded, placebo-controlled, randomized clinical trials. **The Lancet Regional Health - Americas**. 2021.

MELO, J. R. R. *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. e00053221, 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-37-04-e00053221.pdf>. Acesso em: 15 jan 2021.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho À Saúde do Trabalhador. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJbCdHy5K6NSc4X65f/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa Covid-19: Histórico**. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Como o vírus responsável pela Covid-19 se espalha?** 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PERES, A. C. Dias que nunca terminam: sintomas persistentes relacionados à síndrome pós-covid surpreendem pacientes e pesquisadores. **RADIS**, n. 218, p. 26-31, nov. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45018/2/DiasNuncaTerminam.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

PFÄFFENBACH, G. *et al.* Recomendações de biossegurança para proteção de profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID- 19: análise dos documentos técnicos do Brasil, São Paulo e Amazonas referentes ao uso de equipamentos de proteção individual. **Vigilância sanitária Debate**, v. 8, n. 3, p. 94-103, 2020.

QI, J. *et al.* The Evaluation of Sleep Disturbances for Chinese Frontline Medical Workers under the Outbreak of Covid-19. **MedRxiv** [preprint], 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20031278>. Acesso em: 11 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução 4330 de 16 de Março de 2020, Rio de Janeiro(RJ). Orientações sobre a prevenção e manejo da Covid -19e organização dos serviços de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Rio**, de 18 mar. 2020, n. 4, p. 18-22. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTA3MzU%2C>. Acesso em: 11 ago. 2021.

ROSSI, M. Produção de cloroquina pelo Exército aumenta 80 vezes, mesmo sem conclusão de sua eficácia contra a Covid-19. **El País Brasil**, São Paulo, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-27/producao-de-cloroquina-pelo-exercito-aumenta-80-vezes-mesmo-sem-conclusao-de-sua-eficacia-contra-a-covid-19.html>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. Brasília, v.29, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 maio 2020.

SILVA, M. M. *et al.* “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2109-2118, 2021.

SOTANG, S. **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. Tradução Rubens Figueiredo/Paulo Henrique Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465- 3474, Set. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903465&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jan. 2021.

WU, Z., MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. Disponível em: doi:10.1001/jama.2020.2648. Acesso em: 5 jan. 2021.

XIANG, Y. T. *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet. Psychiatry**, v. 7, v. 3, p. 228-229, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8). Acesso em: 5 jan. 2021

Capítulo 6

O contexto Político-Institucional do cuidado em saúde em tempos de pandemia de Covid-19: repercussões sobre a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município do Rio De Janeiro⁷

Luana de Castro
 Débora Silva do Nascimento Lima
 Camila Siqueira de Castro Ferreira
 Camila Prott Pessanha
 Rafael Fernandes Tritany
 Maria Luiza Silva Cunha.

Introdução

A pandemia de Covid-19 é um dos maiores desafios sanitários e humanitários do século XXI apesar da rápida e vertiginosa produção científica internacional acerca do seu patógeno (SARS- CoV-2) e de tecnologias em saúde para a sua prevenção e mitigação — sejam elas farmacológicas como as vacinas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021) e medicamentos para manejo dos casos graves (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2021) ou não farmacológicas (GARCIA *et al.*, 2020) (tais como o distanciamento social e o uso de máscaras de proteção) —, ainda não é possível determinar quando será o seu fim, e quantas vidas mais serão levadas nesse percurso.

Cabe ressaltar o contexto político institucional: há no país um projeto em curso de desmonte do Estado, com cortes severos nas políticas sociais de educação, habitação, saúde e previdência social; além de uma austera reforma trabalhista

⁷ Este capítulo foi baseado no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado: “Potências e desafios na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19: um olhar multiprofissional dos residentes em Saúde da Família” defendido em fevereiro de 2021 como trabalho final do Programa da RMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Aléxia Pires de Figueiredo, Camila Prott Pessanha, Camila Siqueira de Castro Ferreira, Debora Silva do Nascimento Lima, Luana de Castro, Marcus André Carneiro de Carvalho da Silva, Rafael Fernandes Tritany e com a orientação dos professores: Maria Luiza Silva Cunha e Marco Aurélio Soares Jorge.

(MONTEIRO, 2020). Dessa forma, nos últimos anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem enfrentado diversos retrocessos induzindo a sua focalização, fragilização e descaracterização (GIOVANELLA *et al.*, 2019; MOROSINI *et al.*, 2018).

No município do Rio de Janeiro, cenário muito similar tem sido observado, decorrente de cortes de verba na saúde, demissões em massa e piora nas condições de trabalho na APS (MONTEIRO, 2020).

É nesse contexto de inflexão das políticas públicas voltadas ao bem-estar social que se dá a formação dos futuros trabalhadores da saúde. Partimos do pressuposto de que formar-se no SUS (com o SUS e para o SUS) é enfrentar adversidades nos campos da política, assistência e gestão de um sistema de saúde de mais de 30 anos de história, mas que ainda luta para consolidação de seus princípios constitucionais — formar-se no SUS é, em certa medida, um ato de resistência.

Durante o percurso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), a vivência no serviço de APS constrói pertencimento a um território existencial em que se dão as relações de cuidado. No entanto, com cenário pandêmico, transformações no processo de trabalho, no acesso e oferta dos serviços de saúde suscitam reflexões e propostas de intervenção na realidade que se apresenta (TRITANY *et al.*, 2020).

A equipe multiprofissional que apresenta este relato teve sua experiência de trabalho e formação na Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira (CFASF), situada no bairro do Encantado, zona norte do Rio de Janeiro. A unidade cobre um território que abrange alguns bairros do subúrbio da região do grande Méier, o que lhe confere uma população cadastrada de cerca de 27 mil pessoas, segundo relatório de gestão de 2019. Nossa equipe presenciou os efeitos do desmonte da política de APS em curso desde as novas orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, e que se traduziram em sucessivas modificações nos processos de trabalho das equipes. A deflagração da pandemia trouxe, nesse contexto, novos desafios para a reorganização do serviço no atendimento às demandas de saúde agora mais complexas (BRASIL, 2017).

A vivência da residência foi acompanhada também por uma construção, nem sempre intencional, de um caminho metodológico em que, quando experienciávamos, refletíamos sobre o que era vivido. E assim entendemos,

ou descobrimos, ou nos ensinaram, que nosso caminho era a cartografia. Um caminho contra-hegemônico, sem regras prontas ou objetivos fixos.

Aprendemos que as perguntas que direcionam os caminhos da investigação vão se transformando com a processualidade dos eventos estudados e vividos (PASSOS; BARROS, 2009). E foi a partir dessa reorganização do pensamento em torno do trabalho construído em ato e motivados pelas necessidades presentes no campo, que entendemos que a observação participante também estava presente em nosso caminho de residentes - aqueles que são trabalhadores e estudantes.

Cartografar é mais que um método, é uma forma de se posicionar politicamente como participante, observador e observado de forma tão orgânica que início, meio e fim acontecem simultaneamente. Atuar como cartógrafa(o) da experiência de ser residente em saúde da família num contexto de pandemia é uma vivência única de tocar e problematizar a(s) realidade(s). Assim, este material é produto dos encontros e atravessamentos da pandemia e seus efeitos sociais, demonstrados com o uso da cartografia para descrever o caminho trilhado pela equipe de residentes. Face ao exposto, o presente capítulo objetiva refletir sobre o contexto político institucional do cuidado em saúde em tempos de pandemia de Covid-19 e as suas repercussões sobre o processo de formação em serviço de uma equipe de residência multiprofissional na CFASF.

Conhecendo o território da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira

A CFASF atende parte do território compreendido por cinco bairros: Encantado, Méier, Água Santa, Piedade e Engenho de Dentro. Separado pela Avenida Governador Carlos Lacerda e a Linha Amarela, é uma região marcada pelo samba e pelo futebol. Relacionando-se ao samba, em 1942 o Brasil ouvia a música *Ai que saudades da Amélia*, escrita por Mário Lago, “Amélia que era mulher de verdade”, dizia a canção. Uma música bastante criticada nos tempos atuais pelo teor machista, mas aqui cabe o questionamento, quem foi Amélia?

Segundo a neta de Amélia dos Santos Ferreira (1910 – 2001), conhecida como Mãe Tânia, Amélia foi uma importante liderança comunitária e religiosa, que trabalhava como lavadeira e foi uma importante rezadeira da região. Além da crítica ao machismo, a música expressa o quanto Amélia era trabalhadora

e reconhecida pelas suas ações e que por isso foi um bom exemplo para as mulheres da época.

O território da CFASF além da relação com o samba, o futebol e com a existência da Dona Amélia, se inscreve na história da luta antimanicomial pela presença Instituto Municipal Nise da Silveira, que visa modificar os métodos de tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Atenção Primária à Saúde e o cenário de desmonte das Políticas Sociais

Os últimos anos foram marcados por um processo de mudanças nos investimentos federais provocados por políticas de austeridade, tendo como motor principal o congelamento de recursos públicos para as áreas sociais, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC-95). Nesse cenário de retração dos serviços públicos, no contexto da saúde, podemos destacar as influências do subfinanciamento na APS.

Tais mudanças são expressas pelas diretrizes postas pela Política Nacional de Atenção Básica — PNAB publicada em 2017, que descaracterizam a ESF enquanto plano prioritário para a consolidação e expansão da APS no país e evidenciam mudanças na política de saúde que ferem diretamente os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (GIOVANELLA, 2021) sobretudo porque vindas em consonância com uma política de governo alinhada a interesses que se expressam na redução da atenção prestada pelos serviços públicos e na ampliação da oferta de convênios privados, traduzindo-se em processos de mercantilização das políticas sociais.

Desse modo, essas mudanças subtraem a importância da APS no Brasil enquanto ordenadora do Sistema de Atenção à Saúde ao combater as iniquidades (PEREIRA, 2013). Para Starfield (2002), a organização dos serviços de saúde da APS deve priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação em saúde de forma integral e contínua. Outrossim, a PNAB de 2012 indicava um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, devendo, portanto, estruturar-se a partir das necessidades da população, que são constatadas por meio do estabelecimento do vínculo entre os usuários e profissionais de saúde,

não deixando de lado o território adstrito (BRASIL, 2012a), diferentemente do proposto à APS nos últimos quatro anos.

Dentre os desdobramentos da retração das políticas sociais com a EC-95, torna-se de suma importância salientar os impactos na garantia de Direitos Constitucionais para além da saúde, como por exemplo, a alimentação. O desmonte do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com redução de recursos repassados a diferentes programas — Programa de Transferência de Renda, Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar, Programas de incentivo à agricultura familiar, Programa Água para Todos — evidência as múltiplas vulnerabilidades e as desigualdades no Brasil (MALUF, 2020). O resultado disso no cenário atual é de 19,1 milhões de brasileiros em insegurança alimentar grave no país, ou seja, em situação de fome (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, 2021).

Essas profundas desigualdades existentes no Brasil são intensificadas em contextos de crise sanitária, reafirmando a importância da implementação e garantia das políticas sociais e do fortalecimento do SUS. Portanto, é fundamental considerarmos os determinantes e condicionantes de saúde, referendando-os com influência direta no acometimento, agudização e cronicidade dos agravos, assim como a discussão da vulnerabilidade socioeconômica e do quesito raça/cor.

A partir disso, torna-se imprescindível discutir os efeitos do racismo, uma vez que esse é um determinante social em saúde, para avaliar o processo de saúde-doença na população negra. Desse modo, se expõe a relevância da discussão acerca do processo de necropolítica — conceito exposto por Achille Mbembe (2018), que ressalta a relação direta do racismo com a política de morte, desenvolvendo uma tecnologia de poder que dita quem pode viver e quem deve morrer. Ademais, Almeida (2019) corrobora apresentando um conceito importante para o entendimento do racismo, definindo-o como estrutural, ou seja, um elemento que compõe a organização política e econômica da sociedade, desde sempre.

Embora a discussão acerca da classe social não seja o suficiente no debate no que se refere às desigualdades no Brasil e, considerando a complexidade que se insere no racismo estrutural, cabe acrescentar que a população de baixa renda que se encontra em situação de pobreza e extrema pobreza, logo, em insegurança

alimentar grave, é majoritariamente composta pela população negra. Além disso, representam também 80% da população SUS-dependente (IPEA, 2011; REDE PENSSAN, 2021) — pessoas que necessitam exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, sendo a equidade um dos princípios doutrinários do SUS, é fundamental estruturar a atenção considerando o quesito raça/cor e os atravessamentos do racismo no cuidado como determinantes sociais em saúde.

Transpondo para a realidade do Rio de Janeiro, o desmonte das políticas públicas culminou em uma reorganização da APS e, mais recentemente, a criação do projeto de Lei Orçamentária para 2019 que previa o corte de 725 milhões para a saúde da capital. Com a supressão do número de equipes de saúde da família, de saúde bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), além do fechamento de algumas unidades de saúde, o acesso dos usuários a esses serviços tornou-se difícil, tendo em vista a diminuição da cobertura ESF de 62% em 2017 para 55% em 2019 (BRASIL, 2020). Em adição, observou-se a crescente sobrecarga de trabalho das equipes e o consequente adoecimento das(os) trabalhadoras(es), uma vez que o número de profissionais foi reduzido e, assim, houve aumento da demanda por equipe (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

A pandemia de Covid-19 e os desdobramentos na APS: reflexões e ações a partir do olhar dos residentes

Antes da pandemia a unidade desenvolvia diversas atividades coletivas que objetivavam o cuidado para além da atuação farmacológica e biomédica, bem como promover a saúde em seu conceito ampliado. As ações intersetoriais relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) eram realizadas mensalmente, com atividades fundamentais que eram pensadas coletivamente com as sete escolas públicas do território adscrito, produzindo um espaço de construção de saúde integral.

No que se refere à saúde mental, ressalta-se a existência da supervisão territorial mensal, espaço que integra os serviços do território em questão — Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial sobre Álcool e Drogas (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), Ambulatório de Saúde Mental, Clínicas da Família, Centro de Referência de Assistência Social

(CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar — para discussão de casos mais complexos de cuidado em saúde, atividade que foi suspensa durante o período inicial da pandemia e retornou meses depois, de forma remota, mantendo-se assim até os dias atuais.

Nos atendimentos individuais eram acompanhados usuários com comorbidades como diabetes e hipertensão, visando à recuperação e estabilização dos agravos em saúde e a atuação na prevenção — como no rastreamento de câncer de colo de útero, assim como no acompanhamento pré-natal, no puerpério e na puericultura. Observamos ao longo dos anos que os grupos realizados na unidade traziam resultados diretos à saúde da população, ajudando a cuidar dos agravos em saúde mais prevalentes na APS. Por meio do desenvolvimento de estratégias coletivas de cuidado, usuárias e usuários tinham mais autonomia no seu processo de saúde, deslocando o tratamento do modelo biomédico para o modelo previsto no SUS, com base no conceito ampliado de saúde.

Além de suscitar apropriação do espaço físico da unidade pela população usuária, por meio dos grupos de horta, dança, yoga e artesanato, desenvolvemos possibilidades de fortalecimento do controle social, um dos princípios do SUS. Também se destaca o importante papel do acompanhamento em saúde, garantindo a longitudinalidade do cuidado, um dos atributos da APS.

Dado o cenário pandêmico da Covid-19, a CFASF adotou fluxos indicados nos protocolos assistenciais municipais. Ao viver essa crise sanitária global, novas estratégias organizacionais tiveram de ser pensadas para o cotidiano de trabalho. Um aspecto observado foi a intensificação da demanda por cuidado em saúde de trabalhadoras e trabalhadores, tornando-se um tema urgente e necessário a ser debatido, convocando o serviço a (re)pensar os modos de cuidado em saúde, considerando-se as limitações impostas pela Covid-19.

Com a reorganização do fluxo de trabalho e o estabelecimento de protocolos de segurança, muitos profissionais foram afastados de suas ocupações. Também foi necessário criar uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) — equipe de triagem de pessoas sintomáticas respiratórias para criação de um fluxo com dupla porta, evitando a contaminação iatrogênica na CFASF. Tal equipe foi composta por profissionais da saúde da CFASF e pelas equipes de residência, que se revezavam em escalas.

Apesar da apreensão em relação ao risco de contágio e ao descontentamento observado na população (em muito pelas barreiras de acesso colocadas), a participação na ERR possibilitou uma aproximação do processo de acolhimento às demandas dos usuários, intercedendo quando necessário a fim de garantir a continuidade dos cuidados em saúde, além de nos inteirar da nova organização da unidade. A partir desta inserção, pudemos enxergar o funcionamento da unidade por meio de mais um prisma, o da porta de entrada — em que, no momento de diminuição de atendimentos e procedimentos, operam fortes tensões de acesso.

Ainda que tal reorganização tenha diminuído a exposição de profissionais que compõem os grupos de risco à Covid-19, outras medidas não foram tomadas — como a contratação temporária de profissionais — para enfrentar a sobrecarga de trabalho de quem permaneceu na linha de frente do combate à doença. Além dos impactos causados pelo excesso de tarefas, observamos sintomas como angústia, medo, tristeza, insegurança, que permaneceram e se intensificaram ao longo dos meses de pandemia, gerando um grande desafio ao pensar a produção de saúde desses profissionais.

Todo esse contexto pandêmico impôs o desafio de mobilizar ferramentas e tecnologias do trabalho interprofissional, em atenção às novas necessidades, a partir do olhar da clínica ampliada (BRASIL, 2009). A importância do trabalho multiprofissional articulado interdisciplinarmente é aqui destacado como uma importante dimensão das respostas a serem desenvolvidas no enfrentamento à pandemia, uma vez que se guia por uma concepção de trabalho que conduz a cogestão de processos complexos junto às equipes no campo de trabalho e abre caminhos para a construção compartilhada de ações articuladas intersetorialmente.

Fazemos jus aqui às noções apresentadas por Ceccim (2020) que descreve a interprofissionalidade como “a ideia de uma ação intercrucada entre duas ou mais profissões na intervenção ou na formação” (CECCIM, 2020, p. 34), e como práticas colaborativas “de encontro, de troca, de interação, de escuta e de recolhimento de afetos” (Idem) que são capazes de mudar processos de trabalho da equipe, possibilitando a emergência de novas configurações destes.

Dessa forma, em resposta aos efeitos apresentados com o avanço da pandemia, desenvolvemos algumas estratégias de cuidado com trabalhadoras e trabalhadores. Solicitamos a presença da gerência da unidade para pensarmos a viabilidade da oferta de

cuidado, entendendo todos os atravessamentos expostos acima. Elaboramos diferentes atividades a serem ofertadas aos profissionais — alongamentos, auriculoterapia, pilates, práticas de yoga, relaxamento e rodas de conversa/acolhimento —, concentradas em todos os dias da semana, por um curto período (30 minutos), para que todo mundo pudesse participar, sem desfalcar a equipe de trabalho da CFASF nem se tornar mais um processo de sobrecarga aos profissionais.

Com o avanço dessas novas estratégias de cuidado, recebemos inúmeros retornos positivos do espaço de cuidado oferecido às trabalhadoras e trabalhadores. Ao longo dos meses, observamos que essas ações eram altamente necessárias e potentes, pois além de garantir algo que está previsto na Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ofertava, de fato, um ambiente acolhedor, de trocas e promoção de saúde e afetos. Essas experiências preencheram nossa atuação de forma significativa, criando e fortalecendo esse espaço de cuidado — deles e de nós — e reafirmando nossa aposta enquanto equipe de residência na produção de saúde de trabalhadoras e trabalhadores (BRASIL, 2012b).

Outro movimento realizado durante a pandemia foi o desenvolvimento de ações no território adstrito à CFASF. Neste, destacam-se as ações em que a equipe de residentes apoiou a distribuição de cestas de alimentos, itens de limpeza e higiene pessoal entregues pela Mãe Tânia. Essa iniciativa foi realizada em articulação com a ONG Criola, que é uma organização da sociedade civil com mais de 25 anos de trajetória na defesa e promoção dos direitos das mulheres negras. Os itens foram distribuídos a 50 mulheres chefes de família do território em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Importante trazer visibilidade ao cuidado na produção das cestas sob responsabilidade da ONG Criola, as quais continham alimentos *in natura* vindos da agricultura familiar, mais especificamente do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A priorização por alimentos *in natura* indica o cuidado em não oferecer qualquer alimento, mas sim aqueles nutritivos, condizentes com a cultura e ambientalmente sustentável, tal como indica a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006).

Longe de romantizar o papel dos Movimentos Sociais e das Organizações Não Governamentais, na ausência do Estado, não podemos negar a potência de

estarmos neste espaço. A colaboração na distribuição dos gêneros alimentícios tem sua potência por vários motivos, entre eles: encontramos usuárias da clínica que já foram atendidas por nós, sendo de alguma forma meio de garantir longitudinalidade do cuidado, ainda que em tempos pandêmicos; e o apoio em território foi inclusive recomendação dos manuais norteadores à saúde no combate da Covid-19.

Nesse contexto, é importante ressaltar as ações promovidas pelos Movimentos Sociais, associações, sindicatos, universidades por todo país que vêm em defesa à vida. Realizando, dessa forma, ações múltiplas de garantia e acesso a alimentos, atendendo às necessidades materiais e realizando atividade de Educação em Saúde acerca de medidas preventivas. A garantia de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada é dever do Estado, de modo que, ao não cumprir com tal dever, revela seu incentivo à necropolítica. Assim, resta para a sociedade civil e organização de diferentes tipos a tarefa de preencher esta lacuna em prol de mitigar os efeitos da miséria, fome e insegurança nutricional alimentar.

O contexto da pandemia escancara as múltiplas vulnerabilidades, as desigualdades e as ausências. É sabido que é a população negra quem mais está em situação de vulnerabilidade, quem mais está em insegurança alimentar, quem mais luta as filas da Receita Federal e da Caixa Econômica para galgar um direito que, repetimos, é dever do Estado e deveria ser garantido a todas e todos. E, em nossa experiência na ação do território, eram essas famílias negras que recebiam os gêneros ofertados.

Cabe ressaltar também que o desenvolvimento de ações como essa no contexto da pandemia permite rastrear e acompanhar os casos de Covid-19 no território, ofertando cuidado, encaminhamento precoce junto a rede SUS para os casos graves e/ou complexos, desenvolvimento de estratégias para monitoramento da segurança alimentar e nutricional das populações vulnerabilizadas e oferta de ações de promoção e educação em saúde, tarefas estas que estão diretamente relacionadas aos atributos da APS, da qual destacamos aqui a competência cultural, a orientação comunitária, a responsabilidade sanitária e a atenção ao primeiro contato (STARFIELD, 2002)

A emergência da nova situação epidemiológica posta pela pandemia nos permite enxergar não só o papel de destaque da APS nas respostas a serem

construídas, mas também na dinamicidade e na multiplicidade das ações desenvolvidas neste nível de atenção, o que faz da APS uma estratégia rica para a formação profissional qualificada para o SUS, assim como para o desenvolvimento de ferramentas de trabalho e de qualificação profissional.

Formação multiprofissional e a disputa de sentidos em torno da pandemia de Covid-19

Essa forma de trabalho do residente em campo representa um diferencial no contexto da pandemia, uma vez que a modificação do padrão de procura da unidade e a mudança nos procedimentos próprios da CFASF para garantir o acesso também dependem da flexibilidade por parte dos profissionais da saúde em compreender as lacunas deixadas pelos novos protocolos e pelos desafios próprios da pandemia. Assim, podemos dizer que a atuação dos residentes buscou reconhecer os limites do prescrito para atendimento às necessidades de saúde. Ademais, possibilita que o residente também participe do espaço teórico de discussão à luz da ciência por tratar-se de uma especialização teórico-prático permite acompanhar a processualidade dos eventos à medida que as descobertas acerca do vírus se apresentam no campo das pesquisas.

Identificamos, nesse sentido, narrativas na comunicação entre profissionais, usuários, gestores e população. Com a finalidade de refletir sobre os sentidos do diálogo, trazemos que comunicação é relação, uma vivência tanto individual quanto coletiva, é uma prática social e uma experiência cotidiana. O campo da comunicação e saúde — considerando a argumentação de Bourdieu (1989), que considera “campo” como uma condição de produção dos sentidos sociais — é onde se iniciam as experiências aqui narradas, e é também um componente importante na disputa de sentidos, segundo Araújo e Cardoso (2007).

A disputa de sentidos ocorre em todos os espaços — na internet e na televisão, no trem, na fila do mercado, dentro das unidades de saúde —. Há políticos, artistas, influenciadores, trabalhadores da saúde e anônimos que defendem e espalham as *fake news*, que, segundo o Lexico por Oxford Dictionaries⁸

(2020) on-line, diz respeito a informações falsas que são transmitidas como

⁸ LEXICO by OXFORD DICTIONARIES. Disponível em: https://www.lexico.com/definition/fake_news. Acesso em: 08 maio 2020. OXFORD DICTIONARIES. Word of the Year 2016 is... Disponível em: <https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016>. Acesso em: 08 maio 2020.

notícias, para fins fraudulentos ou politicamente motivados (tradução livre), mas há também os que defendem a ciência. Atualmente, há vários aplicativos e sites de checagem de notícias, com categorização e explicação para quando as notícias são falsas. Então, no combate à pandemia, a comunicação tornou-se um instrumento tão importante quanto a adoção de máscaras e distanciamento social.

Pensando na experiência vivida quanto à nossa atuação na comunicação e saúde, o ponto de maior destaque foi o combate às *fake news*. Principalmente nos primeiros meses da pandemia. Sentar-se para almoçar e ouvir um profissional médico argumentando e dando crédito para uma das principais teorias conspiratórias no que tange ao vírus SARS-Cov-2, na qual o vírus seria uma arma biológica criada pelo governo comunista chinês, fez a equipe de residentes questionar o poder de fala dos profissionais em saúde, nos fez questionar nossos debates e as falas que defendíamos com nossos usuários.

Nos grupos de WhatsApp — construídos com usuárias e usuários que participavam dos grupos de promoção de saúde da unidade —, foi necessário que a equipe de residentes atuasse ativamente no combate à disseminação de notícias falsas. Em geral eram compartilhadas receitas milagrosas para prevenir ou tratar os sintomas respiratórios, as mirabolantes teorias conspiratórias sobre a criação do vírus e os planos econômicos/militares do fantasma do comunismo, textos supostamente escritos por pesquisadores e médicos das universidades e instituições de saúde mais respeitadas do mundo, que defendiam o uso de medicações sem comprovação científica e que negavam as medidas sanitárias como uso de máscara e distanciamento social.

Em todo momento éramos bombardeados. No fluxo de resposta rápida, onde fazíamos a triagem dos sintomáticos respiratórios, sofriamos agressões verbais de usuários que exigiam a prescrição de cloroquina ou que não queriam aceitar as alterações ocorridas na unidade em função da pandemia. Os conflitos devido a obrigatoriedade do uso da máscara também eram frequentes. E assim vivíamos durante a pandemia duas epidemias: a epidemia das *fake news* em saúde e a epidemia da violência contra os profissionais de saúde.

O chamado “kit covid” — termo popularizado no país para designar uma série de medicamentos utilizados *off-label* (ou seja, sem indicação clínica) para o tratamento da doença, incluindo dentre eles a azitromicina, ivermectina e

cloroquina —, apesar de evidências científicas sustentarem sua ineficácia (OPAS, 2020; SCHMITH; ZHOU; LOHMER, 2020; FURTADO *et al.*, 2020), se fez presente e, ainda há profissionais na defesa desses medicamentos. A cloroquina, apesar de não ter sido observada a sua prescrição *off-label* na CFASF, mesmo sem evidências robustas que defendessem seu uso (SAHRAEI *et al.*, 2020), foi exigida por usuárias(os) e defendida por trabalhadoras(es).

Ao pensar a ação das *fake news* na rotina da Clínica da Família, para além da reflexão sobre as experiências vividas, é importante levantar ferramentas existentes que identifiquem e façam a contra argumentação. A prática *fact checking*, em tradução livre, checagem de fatos, é um método de verificação na qual as fontes de uma determinada notícia são analisadas. Já no início da pandemia a maior parte dos dispositivos de checagem criaram uma categoria específica para fake news relacionadas a Covid-19. O site LatamCheque nasceu de um coletivo formado por 34 organizações de 17 países ibero-americanos e é dedicado à verificação e explicação sobre as notícias relacionadas ao coronavírus que circulam na internet. O site levantou 838 notícias disseminadas via *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *WhatsApp*, *YouTube* e websites, muitas com diferentes versões, no período de 15 de março a 30 de outubro de 2020. Desse montante 88,3% eram completamente falsas.

Na contramão do uso irracional de medicamentos, Tritany e Tritany (2020), analisando a importância da APS no enfrentamento da Covid-19, propõem o uso de atributos, como a longitudinalidade, a orientação familiar e comunitária, na promoção de um cuidado pautado na medicina baseada em evidências, na prevenção quaternária e na vigilância em saúde.

O tema do uso de medicamentos para o tratamento da Covid-19 ganhou grande notoriedade no país, sendo impulsionado, em muito, pelo atual presidente, Jair Bolsonaro, além de outros políticos e entidades de sua base aliada. Apesar do grande número de estudos clínicos conduzidos e das fartas evidências (POPP *et al.*, 2021; SINGH *et al.*, 2021), não apenas da ineficácia de algumas dessas alternativas terapêuticas, como do aumento do risco de desfechos negativos relacionados ao seu uso, o debate acerca dessa temática trilhou um caminho avesso às novas descobertas da comunidade científica.

Dessa forma, observou-se no país (mas também em nossa vivência) uma espécie de politização das condutas de combate à pandemia, envolvendo

o uso de medicamentos sem evidências científicas, mas também o uso de máscaras, o respeito ao distanciamento social e, mais recentemente, a vacinação. Tal polarização fez com que grande parte da conduta da população em relação à pandemia fosse guiada pelo seu espectro político, e não pelas recomendações das autoridades de saúde ou pelos conhecimentos em Saúde Pública e Epidemiologia emanados pelas instituições de ensino e pesquisa, e, inclusive, pela grande mídia.

Nesse contexto, as experiências da equipe de residentes, composta por sete categorias profissionais distintas, nos mais diversos pontos de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado na CFASF possibilitou, por um lado, uma visão ampla da dinâmica de funcionamento da unidade na pandemia e, por outro, múltiplas frentes de atuação para promover educação em saúde, com foco na divulgação de evidências científicas sobre a pandemia (uso racional de medicamentos, de máscaras de proteção, de produtos antissépticos, distanciamento social) de maneira acessível. Ademais, por meio dos estranhamentos (e entranhamentos) do trabalho colaborativo, próprio do cuidado interprofissional em saúde, a residência pode contribuir mutuamente para qualificação dos residentes e do serviço, com vistas à concepção de educação permanente.

Considerações finais

A partir das reflexões apresentadas neste capítulo, podemos salientar que a APS possui um papel fundamental nas Redes de Atenção à Saúde, reafirmando a importância do seu fortalecimento em todo processo de cuidado em saúde que é ofertado à população por meio do SUS, sobretudo durante a emergência sanitária da Covid-19. Assim, reforçamos que os desafios enfrentados pela APS no combate à doença são frutos não só da mudança de fluxos de trabalho determinada pela pandemia mas, principalmente, pelo desmonte das políticas públicas, já existentes antes do surgimento da doença. Em contrapartida, as potências da APS no enfrentamento à Covid-19, evidenciam a magnitude e resolutividade do SUS, que mesmo com o subfinanciamento crônico tem sido fundamental durante esse período, reforçando a importância do seu reconhecimento enquanto um serviço público, gratuito, de qualidade e para todas e todos.

Além disso, entendemos que a contribuição da equipe multiprofissional de residentes durante a pandemia foi fundamental para o fortalecimento das equipes de saúde da família, colaborando para a garantia de acesso à saúde, aos direitos sociais, à integralidade do cuidado e à longitudinalidade do acompanhamento em saúde de usuárias e usuários, além de oferecer espaços de cuidado aos profissionais. Compreendemos, também, a relevância dessas experiências no processo formativo, enquanto especialistas em saúde da família, principalmente durante essa grande crise sanitária global.

Além de ser veículo de divulgação científica acerca da pandemia a trabalhadores e usuários da unidade de saúde, a residência multiprofissional, enquanto processo formativo, permitiu a vivência no território no sentido orgânico e visceral, e essa vivência possibilitou suscitar e apoiar ações de saúde no espaço fora da clínica. Nesse sentido, e inclinados a analisar no cotidiano do trabalho as múltiplas vulnerabilidades que a pandemia exacerbou, a equipe se propôs a contribuir em ações de distribuição de cestas básicas e itens de limpeza e higiene pessoal por uma liderança religiosa e comunitária do território.

Reiteramos ainda que, mesmo que o modelo hospitalocêntrico permaneça como um projeto em disputa, essa pandemia revelou a importância da atuação da APS no processo de prevenção, promoção e proteção à saúde em crises sanitárias. Além disso, destacamos que o vínculo com o território é a base do cuidado, fortalecendo a autonomia da população para a garantia de direitos constitucionais.

Portanto, entendemos ser fundamental reafirmar, constantemente, uma formação em saúde que combata a necropolítica, que defenda a saúde enquanto direito e não mercadoria, comprometida ética e politicamente com os preceitos do SUS, afinada com os avanços tecnológicos de informação e comunicação, enfrentando a epidemia de *fake news* no campo da saúde e direitos humanos, além de estar atenta às iniquidades sociais, fortalecendo assim a Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Referências

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ARAUJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 152p., il.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel. 1989.

BRASIL. **Decreto-lei n. 11.346, set. 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 18 set. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Histórico de cobertura Saúde da Família**, 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 fev. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Science Brief: Covid-19 Vaccines and Vaccination**. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>. Acesso em: 13 fev. 2022.

CECCIM, R. B. Residência em área profissional da saúde: uma experiência brasileira de educação interprofissional e de desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde. In: Carvalho, M. A. P. de *et al.* (org.). **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, Série Vivências em Educação na Saúde, v. 1, p. 25–43, 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, e00104120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>. Acesso em: 13 fev. 2022.

DUNLOP, C. *et al.* (2020). The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 13 fev. 2022

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A. Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

FURTADO, R. H. M. *et al.* Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe Covid-19 in Brazil (COALITION II): a randomised clinical trial. **The Lancet**, v. 0, n. 0, 4 set. 2020.

GARCIA, L. P. *et al.* Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>. Acesso em: 05 fev. 2022

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de

saúde: Compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>

GIOVANELLA, L. *et al.* (no prelo). The contribution of primary health care in the SUS network to face Covid-19. The contribution of primary health care in the SUS network to face Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 748-762, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqj9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 fev. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4 ed. - Brasília: IPEA. 2011.

MALUF, R. S. J. Tempos sombrios de pandemia e fome: responsabilidades da pesquisa em soberania e segurança alimentar e nutricional. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 27. p. 1-5, 2020.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E ALIMENTAR E NUTRICIONAL (REDE PENSSAN). VIGISAN: **Insegurança Alimentar sobre Segurança Alimentar no contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. n-1 edições, 2018.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção Primária a saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cad de saúde pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 8, 2020.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30, e300304, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300304>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 09 jan. 2022.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Covid-19 Treatment Guidelines Panel. **Coronavirus Diseases 2019 (Covid-19) Treatment Guidelines**. Disponível em: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Acesso em: 31 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Recomendação sobre o uso de ivermectina no tratamento de Covid-19**. OPAS, 22 jun. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52462/OPASIMSCDECOVID-19200033_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 11 set. 2020

POPP, M. *et al.* Ivermectin for preventing and treating COVID-19. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 7, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015017.pub2>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SAHRAEI, Z. *et al.* Aminoquinolines against coronavirus disease 2019 (Covid-19): chloroquine or hydroxychloroquine. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 55, n. 4, p. 105945, 2020.

SCHMITH, V. D.; ZHOU, J.; LHORMER, L. R. L. The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of Covid-19. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, 7 maio 2020.

SILVA, C. A. da; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: O que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1240-1258. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>. Acesso em: 13 fev. 2022.

SINGH, B. *et al.* Chloroquine or hydroxychloroquine for prevention and treatment of COVID-19. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013587.pub2>. Acesso em: 13 fev. 2022.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: Um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 13 fev. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.

Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRITANY, R. F.; TRITANY, É. F. Uso Racional de Medicamentos para Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, Suplem. 2, 2020.

TRITANY, R. F. *et al.* (2020). Pelas Águas da Atenção Primária à Saúde: Experiências de Residentes em Equipe Multiprofissional na Pandemia do Coronavírus. In: SOUZA, L. P. S. (org.), **Atenção primária à saúde no Brasil: Resultados, avanços e desafios**, 1. ed. Editora Inovar, v. 1, 2020, p. 462-471.

Capítulo 7

O cenário de pandemia e o processo de trabalho em uma Clínica da Família sob uma perspectiva multiprofissional⁹

Angela Oliveira Casanova
 Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos
 Alan de Aquino Nogueira
 Andreza da Silva Lopes
 Bruno Bernacchi
 Camila Santos Robles
 Flavia Avelino Galvão de Moura
 Gabriella Rocha Santos
 Paulo Rogério Nunes Barbosa

O contexto da pandemia de Covid-19, somado ao processo em marcha de desconstrução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme de início pensada e articulada, trouxe grandes impactos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse primeiro fator trouxe consigo especificidades para o processo de trabalho nunca vivenciadas, demandando intervenções e adequações em todos os níveis de atenção.

Foi nesse contexto que os alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP/FIOCRUZ também precisaram reformular seus processos de trabalho no interior das clínicas de família, construir saberes e novas formas de fazer, de atuar de forma multidisciplinar e de apoiar as equipes e gerente em momento tão conturbado. Dessa forma, o objetivo deste capítulo é apresentar as experiências e práticas desenvolvidas por alunos da RMSF ao apoiar a reorganização do processo de trabalho das equipes numa clínica da família situada em bairro de grande vulnerabilidade social e econômica do município do Rio de Janeiro, durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19.

⁹ Este capítulo foi baseado no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado: “O Processo de Trabalho em uma Clínica da Família no Contexto da Pandemia de Covid-19” defendido em fevereiro de 2021 como trabalho final do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Alan de Aquino Nogueira, Andreza da Silva Lopes, Bruno Bernacchi, Camila Santos Robles, Flavia Avelino Galvão de Moura, Gabriella Rocha Santos, Paulo Rogério Nunes Barbosa e com a orientação dos professores: Angela Oliveira Casanova e Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos.

Reverendo os conceitos de processo de trabalho e processo de trabalho em saúde

Para que a ESF se consolide como ordenadora principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é necessário articular atributos estruturantes de seu processo de trabalho, sendo que o trabalho em equipe é um princípio fundamental (DALLA VECCHIA, 2012). Esses atributos referem-se também ao trabalho em equipe multiprofissional, de base territorial e abordagem familiar, que possibilita a construção do vínculo entre usuários e equipes, com capacidade de promover a longitudinalidade e a integralidade, para realizar a coordenação das ações de cuidado (BRASIL, 2012).

Com o intuito de refletir sobre o processo de trabalho na ESF diante do cenário de pandemia, a equipe de residentes considerou imprescindível resgatar a categoria no processo de trabalho em saúde. Ao direcionar a análise para o campo da saúde, Mendes Gonçalves (1985, 1992) relacionou a teoria marxista do trabalho ao campo de práticas da saúde com vistas a refletir o processo de trabalho específico deste campo. De acordo com este autor, o processo de trabalho em saúde se caracteriza pela presença de elementos que precisam ser examinados de forma articulada, que são: o objeto do trabalho, os seus instrumentos, sua finalidade e seus agentes. O objeto consiste naquilo que incide a força de ação do trabalhador, ou seja, o que deve ser remodelado, neste caso, as necessidades humanas de saúde, conforme Mendes Gonçalves (1985, 1992). Os instrumentos de trabalho, por sua vez, constituem um rol de artefatos que o trabalhador interpõe entre si e o objeto para ampliar sua possibilidade de intervenção sobre ele. Assim, os instrumentos de trabalho podem ser classificados em materiais¹⁰ e não-materiais¹¹. Os agentes do trabalho que são, no presente contexto, os próprios trabalhadores da saúde, precisam intermediar a relação entre objeto e instrumento, imprimindo assim uma finalidade à ação empregada. Desta forma, ele se caracteriza como instrumento de trabalho e sujeito da ação, tornando viável o processo de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O processo de trabalho em saúde aqui é compreendido como prática dos profissionais/trabalhadores inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde, em que a dinâmica do trabalho humano é o aspecto central. Uma vez que os serviços de saúde se organizam de forma a atender a demandas

¹⁰ Constitui-se de “equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, entre outros”, conforme indicam Peduzzi e Schraiber (2009).

¹¹ Configura-se como os “saberes, que se articulam entre determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho), e os instrumentos materiais” Peduzzi e Schraiber (2009).

ou até mesmo identificar novas necessidades, adaptando ou elaborando novos processos de trabalho de acordo com a ocasião, fica nítida a relação direta entre o trabalho em saúde e as necessidades humanas por meio dos trabalhadores (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Tecendo os relatos de experiência

Formulou-se um mapa conceitual a fim de estabelecer as conexões do processo de trabalho em saúde com os temas/conceitos, cuja abordagem na clínica da família foi mais exigida pela pandemia de Covid-19. De acordo com Tavares (2007), o mapa conceitual é um instrumento adequado para estruturar o conhecimento que está sendo construído pelo aprendiz, assim como uma forma de explicitar o conhecimento de um especialista. Trata-se de instrumento facilitador da meta-aprendizagem, possibilitando uma oportunidade de o estudante aprender a aprender, mas também é conveniente para um especialista tornar mais clara as conexões que ele percebe entre os conceitos sobre determinado tema (*op. Cit.*, p. 74).

O mapa conceitual foi fundamental para que a equipe de residentes pudesse expor melhor os temas e conceitos iniciais e analisar suas articulações, conforme pode ser observado na figura 1. Segundo Carabetta Júnior (2013), os elementos do mapa organizados em algum tipo de estruturação com inter-relações formam uma rede de significados que os articula entre si. Desse modo, com o mapa conceitual, levantou-se quais seriam os principais aspectos a serem trabalhados. As escolhas dos subtemas para o desenvolvimento do referencial teórico foram: Segurança Nutricional e Alimentação, ausência do NASF-AB, Comunicação em Saúde, Tecnologias da Informação e Comunicação, Linhas de Cuidado prioritárias, Segurança e Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. Destaca-se que estes subtemas estavam diretamente relacionados ao processo de trabalho no cenário pandêmico. Em seguida, a equipe de residentes procedeu à seleção e definição das experiências que seriam desenvolvidas na Clínica da Família que foram aplicadas no primeiro ano da pandemia (2020).

As experiências selecionadas para serem aqui apresentadas foram: a continuidade da linha de cuidado do pré-natal a partir de uma intervenção multiprofissional; a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação como

estratégias de manutenção do cuidado e socialização das informações e o espaço de cuidado enquanto mecanismo de acolhimento e escuta para os trabalhadores da unidade de saúde. Estratégias foram elaboradas para cada experiência que foram relevantes no suporte à readequação do processo de trabalho em saúde e manutenção da oferta regular de ações (MEDINA *et al.*, 2020).

Figura 1. Mapa conceitual.



Fonte: Elaboração própria.

Contextualizando o cenário de práticas

A clínica da família (CF), na qual os autores estavam inseridos, está localizada em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, pertencente à Área Programática 3.3. Segundo dados do último censo publicado (2010), o bairro possui 97.350 mil habitantes e 22.313 (21,7%) deles são usuários da clínica em questão. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,790, ocupando a posição 27º do município, e o bairro se caracteriza por diversas situações de vulnerabilidade, como se observa no caso da precariedade dos serviços de saneamento básico, por exemplo (BELLO, 2017). Acrescenta-se a baixa renda, pouco investimento público em infraestrutura e a presença de diversos tipos de situações de violência, refletindo-se no processo saúde-doença da população local.

Ao mesmo tempo, o contexto na CF previamente à pandemia já se encontrava problemático. O processo de trabalho apresentava lacunas com fragmentação das informações, descontinuidade da assistência, conflitos internos e estranhamento entre os pares, influenciando diretamente as relações entre os profissionais e entre as equipes. Notava-se falhas na comunicação interna, fluxos mal estabelecidos, ausência de reuniões gerais e o distanciamento do gerente da unidade das questões cotidianas, contribuindo com o conflito e o caos interno. Adicionalmente, pouco antes da pandemia a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) foi desfeita, sem contratação de novos profissionais.

Destaca-se que a CF possuía cinco equipes de saúde da família (eSF) e em alguns momentos da pandemia, nem todas estiveram completas, ou seja, com a composição da equipe mínima (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde). No início de 2021, todas as eSF possuíam em sua composição um médico, um enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, destaca-se a alta rotatividade dos médicos e o fato de que nem todas as eSF dispunham de médicos por 40 horas semanais, impactando o vínculo desses profissionais com os usuários.

Relatos de experiência: uma intervenção multiprofissional

Com a disseminação do novo coronavírus (SARS-Cov-2) como emergência de saúde pública mundial, tornando-se uma pandemia, os sistemas de saúde foram desestabilizados em aspecto global. O Sistema Único de Saúde (SUS) também sofreu com face a problemas anteriores não solucionados, a marcante desigualdade social presente no Brasil até a precarização e sucateamento de ações, serviços e políticas públicas, desde o nível nacional, até o nível municipal/local. Destaca-se ainda a dificuldade do governo federal em assumir a coordenação das ações em âmbito nacional para o enfrentamento da pandemia, além de ações negacionistas em se tratando de medidas de prevenção e controle. No caso brasileiro, de acordo com Giovanella *et al.*, (2020) contribuíram para a crise humanitária e sanitária enfrentada:

A ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental e a insuficiência e morosidade na

alocação de recursos fazem com que as iniciativas de governos estaduais e municipais não sejam suficientes para enfrentar a pandemia. A centralidade das iniciativas de enfrentamento baseadas em cuidado individual de casos graves via criação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campanha e ações esparsas, ademais da negação da ciência e o descaso governamental federal, contribuíram para tal situação (2020).

Se por um lado tornou-se clara a necessidade da ampliação de um sistema público gratuito e universal, por outro, desde antes da pandemia já vivenciávamos uma série de ataques e tentativas de desmonte do SUS. Nesse rol de medidas de desmonte, destacamos redução salarial e períodos de atraso de pagamento dos profissionais, ampliação da terceirização na gestão e prestação de serviços, redução de ESF e do NASF-AB e mudanças no financiamento da Atenção Básica.

A pandemia de Covid-19, somada a todos os fatores citados e ocorridos em momento anterior, intensificou ainda mais os efeitos desse contexto organizacional, social e político pouco favorável sobre a saúde da população, dos trabalhadores e sobre os modos de organização do trabalho em saúde. Consequentemente, houve uma repercussão negativa na vida dos trabalhadores, dos residentes e da população assistida, que inicialmente passou a ser atendida apenas em casos de suspeita de infecção pelo SARS-Cov-2 ou linhas de cuidado prioritárias, como a de gestantes, tuberculose, hanseníase, vacinação, entre outras. Essa repercussão causou efeitos importantes na saúde mental dos trabalhadores, na sua segurança, nos processos comunicacionais e na continuidade do cuidado, um dos princípios norteadores da qualidade da APS.

Um olhar ampliado sobre a linha de cuidado do pré-natal

O objetivo dessa experiência foi garantir a assistência à linha de cuidado do pré-natal durante a pandemia de Covid-19. A linha de cuidado do pré-natal, uma das poucas priorizadas no processo de trabalho durante a pandemia, foi reorganizada visando o cuidado integral com o apoio da equipe multiprofissional de residentes para tentar suprir a ausência do NASF-AB e de profissionais das eSF afastados por adoecimento em decorrência da exposição ao vírus.

Para tanto, foram realizadas interconsultas a partir dos atendimentos eletivos da enfermagem, identificação das necessidades individuais das gestantes e articulação da equipe multiprofissional de residentes. Para a tabulação de dados foi confeccionada uma planilha no Excel para condensar os dados de acompanhamento das consultas de pré-natal realizadas no período de abril a novembro de 2020. A planilha contou com as seguintes informações: nome da gestante; número de registro do Cartão Nacional de Saúde; idade da gestante; equipe de referência; idade gestacional ao primeiro contato com residentes; acompanhante em cada consulta; número de consultas e interconsultas com residentes e outros profissionais; condição de saúde ou comorbidade; intercorrências na gestação; profissão, exercício de atividade laboral e/ou benefícios; intercorrências, e outras observações.

O contexto do processo de trabalho na CF no momento da pandemia foi caracterizado por algumas dificuldades, como a grande evasão de médicos e enfermeiros, causada - seja por pedidos de demissão frente ao medo de contrair o vírus, seja por adoecimento e/ou suspeita de infecção de Covid-19. Destaca-se que, no caso dos enfermeiros da clínica, todos ficaram sintomáticos e positivados para Covid-19 em algum momento da pandemia. Acrescenta-se a drástica redução salarial dos enfermeiros, falta de Equipamentos de Proteção Individual, afastamento de grande parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) que compunham grupo de risco, e inexistência da equipe do NASF-AB, uma vez que os profissionais matriciadores foram demitidos, sem novas contratações.

Considerando a importância de dar continuidade à linha de cuidado do pré-natal em um contexto de tamanha fragilidade e instabilidade, os residentes desenvolveram a ação com este público na tentativa de fornecer um olhar integral e multiprofissional às gestantes e à sua rede de apoio, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (FERLA; ROCHA, 2014).

Como estratégia de ininterruptão deste cuidado e visando mitigar a exposição deste grupo da população, os atendimentos passaram a ser restritos apenas às gestantes - preferencialmente sem acompanhantes - e os intervalos entre consultas foram reajustados e mais espaçados. Procurou-se evitar que as gestantes saíssem de suas casas para idas mais frequentes à unidade, evitando também o risco de exposição à Covid-19 e contaminação de seus familiares.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 32 (BRASIL, 2013), que trata sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco, este acompanhamento deve ser intercalado entre médico e enfermeiro constituindo um total de, no mínimo, seis consultas. Preferencialmente, deve-se seguir o seguinte esquema: mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; e, semanalmente, da 36ª à 41ª semana (BRASIL, 2013). Além disso, esse CAB deixa explícito que, logo na primeira consulta, a gestante deve ser referenciada para atendimento odontológico. Tendo como premissa esta recomendação, foi realizado um levantamento acerca do acompanhamento de pré-natal, sendo identificado um quantitativo de 35 gestantes que tiveram atendimento realizado pelos residentes no período de abril a novembro de 2020. Apesar de recomendar-se consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, esse levantamento identificou que a grande maioria das consultas foi realizada por enfermeiros, sejam estes profissionais da unidade ou pela enfermeira residente. Observou-se que os enfermeiros realizaram mais que o dobro de consultas de acompanhamento das puérperas e/ou gestantes quando comparados aos médicos de forma que os atendimentos por enfermeiros representaram pouco mais de 70% e, por médicos, menos de 30%.

Em relação aos serviços de saúde bucal, o pré-natal odontológico foi mantido como prioridade durante a pandemia pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) desde a publicação da primeira nota técnica da Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal (CTSB/SMS-RJ) em 18 de março de 2020. Apesar dessas recomendações, no início da pandemia a equipe de saúde bucal (eSB) desta unidade não estava realizando atividades com as gestantes adscritas. Percebida esta realidade, o residente de odontologia se mobilizou de forma a estabelecer parcerias com os enfermeiros para iniciar a garantia do acompanhamento conjunto dessas usuárias e retomar o pré-natal odontológico a partir de interconsultas dentro do consultório de cada equipe de referência. Com o passar do tempo, esta iniciativa possibilitou o estabelecimento de uma maior proximidade com as demais dentistas da CF e adesão das mesmas à reestruturação do processo de trabalho desta linha de cuidado, objetivando a garantia de uma assistência integral às gestantes.

De acordo com os dados levantados pelos residentes, do total de 35 gestantes acompanhadas, aproximadamente 50% foram atendidas pelas três

categorias preconizadas, quais sejam: medicina, enfermagem e odontologia. Por outro lado, 41,6% destas usuárias foram atendidas apenas pelos profissionais de medicina e enfermagem. Por fim, 8,3% receberam atendimento apenas por profissionais de enfermagem e odontologia sem passar por nenhuma consulta médica. Apesar da importância da organização da unidade de forma a ofertar um atendimento a partir de equipes de referência, as consultas de pré-natal tiveram que mudar de configuração diante deste cenário, sendo flexibilizadas. Desta forma, elas passaram a ser realizadas pela residente de enfermagem independentemente da equipe referenciada e esta mesma lógica foi utilizada pelos demais residentes no atendimento às demandas.

Durante as consultas buscou-se estabelecer uma relação de escuta com as gestantes a fim de identificar melhor o conjunto de suas necessidades, processo em que diversas demandas foram surgindo. Por meio da articulação multiprofissional dos residentes de enfermagem, odontologia, serviço social e nutrição, buscou-se garantir uma assistência interdisciplinar e pautada na integralidade do cuidado. Isto se deu por meio de interconsultas e elaboração de ações estratégicas relacionadas, como por exemplo, à importância do aleitamento materno, técnicas de ordenha e armazenamento de leite, nutrição materna e infantil, perspectivas de futuro associadas ao estudo e à profissionalização, coexistência com deficiências físicas, dentre outros. Além disso, foram abordadas temáticas como salário-maternidade, programa Bolsa Família, planejamento familiar, direitos trabalhistas, paternidade e redes de apoio. Essa perspectiva reforça a importância e a potência da presença de uma equipe multiprofissional, do NASF-AB, além de demonstrar o valor de outras estratégias de cuidado, quando aquelas já estabelecidas, precisaram ser suspensas face à pandemia.

Importante destacar que o foco da intervenção dos residentes foi manter o vínculo longitudinal sob a perspectiva multiprofissional do acompanhamento do pré-natal das gestantes cadastradas na unidade, sob a perspectiva de Cunha e Giovanella (2011), que propõem o “estabelecimento do vínculo duradouro, significando uma relação interpessoal contínua entre o usuário e as equipes de APS ao longo do tempo”, com reconhecimento da população acerca da unidade básica de saúde como serviço de referência para atender suas necessidades de saúde e a continuidade de informações sobre o usuário do serviço de saúde por meio do acúmulo de conhecimentos pelos profissionais.

O conceito de vínculo longitudinal proposto pelas autoras abrange ainda a ideia de que a atuação do profissional/equipe deve ser planejada com o intuito de promover uma reflexão sobre a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população cadastrada. Nesse sentido, os profissionais vinculados ao NASF-AB são essenciais no apoio às eSF para garantia da atenção integral durante o pré-natal, participando de momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções (BRASIL, 2012).

A partir do entendimento do conceito ampliado de saúde, os determinantes e condicionantes de saúde são aspectos de extrema relevância para direcionar intervenções que possam garantir o cuidado integral. Esse tipo de assistência só é viável a partir de um olhar e de uma atuação multiprofissional. Portanto, a promoção de interconsultas de pré-natal oportunizou um espaço de escuta e acolhimento; a democratização das informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais; o acesso aos serviços; o fortalecimento dos vínculos familiares com o intuito de incentivar a gestante e seus familiares a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; dentre outras possibilidades. Apesar desta experiência ter sido atravessada pelas limitações citadas no decorrer do relato, a atuação dos residentes multiprofissionais foi ao encontro da garantia da assistência do cuidado integral à linha de cuidado pré-natal.

Esse suporte somente foi possível a partir da parceria entre os residentes e a equipe mínima, de maneira que a relação entre estes profissionais ocorreu na tentativa de acolher as demandas apresentadas pelas gestantes, facilitando o desenvolvimento da atenção à saúde de maneira mais abrangente e longitudinal. Ademais, fica evidente a importância de um processo de trabalho bem definido que atenda às necessidades da equipe e que oriente as ações dos profissionais de saúde no sentido de possibilitar a consonância entre “objeto” e “instrumentos” para a produção de saúde no território.

Teleconsulta e redes sociais: Tecnologias da Informação e Comunicação como alternativas para a continuidade dos serviços na Estratégia de Saúde da Família

Buscando reorganizar o processo de trabalho e de retomar uma série de atividades ofertadas pela clínica de atuação dos residentes com a chegada

da pandemia de Covid-19, foram utilizadas novas estratégias de comunicação e incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Esta experiência teve como objetivo a ampliação de ações e de serviços ofertados e apoiar o processo de trabalho no âmbito da APS.

A utilização das TIC na CF envolveu duas iniciativas. A primeira foi a realização de teleconsultas direcionadas aos usuários do grupo de saúde mental “Paranoia”, com vistas a garantir a continuidade do cuidado e demandas de orientação nutricional, feito de forma remota pela residente nutricionista.

A organização do processo de trabalho para a realização dessa experiência envolveu uma pactuação com o gerente da unidade e a garantia da logística necessária. No caso dos atendimentos em saúde mental, verificou-se o cadastro prévio de psicólogos no E-psi, site que lista profissionais que estão habilitados pelo Sistema de Conselhos de Psicologia para atendimentos psicológicos virtuais. As teleconsultas com os residentes, de nutrição, farmácia e psicologia, foram realizadas no horário de funcionamento da clínica.

A teleconsulta de cuidado nutricional ocorreu de abril/ 2020 a fevereiro/2021. Os profissionais da clínica entravam em contato com a nutricionista direcionando os casos atendidos na unidade com necessidade de orientações nutricionais. Era perguntado ao usuário, durante a consulta presencial com outros profissionais, o melhor dia e horário para a teleconsulta, a fim de poder proceder o agendamento e evitar faltas no atendimento. A residente utilizava seu próprio aparelho telefônico para se comunicar com o usuário.

Durante a teleconsulta era realizada a anamnese nutricional perguntando sobre histórico de doenças pregressas e atuais, situação econômica, ocupação, queixas relacionadas a digestão, sono, hábitos de vida, como ingestão alcoólica, tabagismo, ingestão hídrica, além da rotina alimentar do indivíduo. Com as informações coletadas, a profissional passava as orientações pertinentes à condição de saúde dos usuários, e disponibilizava as orientações por escrito, caso preferência do usuário, com o envio por e-mail ou pela plataforma de comunicação WhatsApp. Após o teleatendimento, a residente nutricionista retornava ao profissional que encaminhou o usuário e periodicamente retornava o contato também com os usuários, com vistas a realizar o acompanhamento, verificar se estavam conseguindo seguir as orientações, quais as dificuldades

encontradas, a fim de buscar soluções para garantir a continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Nas teleconsultas para os usuários do grupo de saúde mental foi pactuado com o gerente da unidade que se realizaria atendimento individual, semanal ou quinzenalmente, em ambiente adequado com uso do celular e internet institucionais. Foi comunicado aos membros do grupo no WhatsApp, a disponibilidade da dupla de residentes, farmacêutico e psicóloga para suporte virtual na atenção à saúde mental. Os atendimentos foram registrados na plataforma do E-SUS e, em alguns casos de sofrimento psíquico de grau importante, foi pactuado com a equipe de referência realizar encaminhamentos para o ambulatório de Psicologia. Contudo, não foi articulada a manutenção da continuidade dos teleatendimentos após a saída dos residentes. Contribuíram para essa descontinuidade a sobrecarga de trabalho das eSF e a ausência do profissional de psicologia na equipe NASF.

A teleconsulta tem como potencial superar distâncias, oferecendo cuidados em saúde em menor tempo, com redução de custos e da carga de trabalho. Essa ferramenta surgiu nos anos 50, sendo inicialmente utilizada pela categoria médica e, apenas na década de 90, obteve crescimento a partir dos avanços da internet, demonstrando o papel da tecnologia como alternativa estratégica à descentralização e a ampliação do acesso aos atendimentos médicos. No Brasil, ficou estabelecido o uso das novas Tecnologias da Informação e Comunicação para atividades à distância vinculadas à saúde nos distintos níveis, além do primário, possibilitando a interação entre os profissionais de saúde ou entre estes e os usuários do SUS (PIROPO; AMARAL, 2015).

Porém, como limitantes pode-se citar as dificuldades técnicas e de comunicação, sua inadequação para determinados grupos sociais e a não realização de exame físico quando necessário (CATAPAN; CALVO, 2020). Pensando na logística necessária para o usuário receber esse tipo de atendimento, é importante realizar uma análise crítica sobre a desigualdade de acesso também no que refere ao uso da internet para o cuidado em saúde. Isto é, a ferramenta possibilita o acesso remoto aos serviços disponíveis na clínica em tempos de limitações devido a pandemia, mas não garante que todos tenham possibilidade de usufruir da ferramenta e conseguir o atendimento. Dos dez usuários que participavam do

grupo de saúde mental de forma presencial no período anterior à pandemia, três estiveram em acompanhamento por teleconsulta e demonstraram que se sentiam assistidos nesse sentido. Alguns usuários demonstraram interesse, mas optaram por esperar o retorno à modalidade presencial, devido a inadaptação com a ferramenta. Em alguns casos que se propuseram a tentar, ficaram evidentes os quadros de saúde mental fragilizada, intensificação da frequência de crises e descompensação no uso dos medicamentos.

No teleatendimento de nutrição evidenciou-se que as principais demandas estavam relacionadas às doenças crônicas como diabetes, hipertensão e demais agravos relacionados a doenças cardiovasculares, como dislipidemia, além de gestantes. Foi possível identificar os obstáculos alimentares dos usuários atendidos, compreendendo a situação de insegurança alimentar e nutricional que se intensificou com a pandemia e assim criar estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável naquele cenário.

Apesar das limitações para alguns, o uso da teleconsulta como meio de ampliar as ações de cuidado aos usuários adscritos da unidade foi considerada uma importante ferramenta, se constituindo como potente meio para oferta de um serviço multiprofissional em tempos de pandemia. Possibilitou o atendimento de usuários desacompanhados, restabeleceu vínculos deles com a unidade, reduziu as demandas espontâneas recebidas pelas equipes relacionadas a crises de ansiedade facilmente confundidas com alguma questão propriamente cardiorrespiratória, promoveu a manutenção do acompanhamento nutricional, preservou a saúde dos cadastrados que não precisaram ir até a unidade para serem assistidos e atenuou a barreira de acesso devido à Covid-19. Outro resultado interessante foi a realização de orientação e esclarecimento sobre *fake news* quanto a tratamentos medicamentosos não comprovados para a Covid-19, realizados principalmente pelo residente farmacêutico.

Com as mudanças no processo de trabalho da APS em função da pandemia, visando a melhoria da comunicação entre a CF e seus cadastrados, a equipe de residentes realizou a reativação da conta do Facebook da unidade de saúde, que se encontrava fora de uso há aproximadamente um ano. A administração da conta, inicialmente com 940 usuários, ficou sob a responsabilidade do residente de Educação Física após pactuação com o gerente da unidade. Foi feito planejamento

de um fluxo contínuo de informação, edição e atualização dos dados e das publicações. Para analisar o impacto dessa ferramenta, algumas variáveis como do número de acessos à página, número de curtidas de cada publicação, alcance das publicações e perguntas sobre as mais diversas temáticas para além da Covid-19 foram monitoradas. A elaboração dos conteúdos informativos, assim como a criação do material de divulgação online, exigiu a atuação multiprofissional da equipe de residentes considerando as distintas demandas de informação necessárias em um cenário de redução dos serviços presenciais ofertados em virtude da pandemia. Esta atuação corresponde ao desenvolvimento do apoio matricial com o objetivo de contemplar o ideal de clínica ampliada enquanto mecanismo para aumentar o escopo de trabalho na ESF. A clínica ampliada, para além do campo biológico, direciona para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, possibilitando a análise de outros aspectos do sujeito que possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (SANTOS, UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

As postagens envolveram temas das diversas categorias profissionais da saúde, tais como: questões pertinentes sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira, alimentação saudável na pandemia, amamentação, aleitamento materno e doação de leite materno, licenças maternidade e paternidade, calendário do auxílio emergencial, atividades físicas em casa, grupo de atividade físicas online da clínica e exercícios físicos.

Os usuários também aproveitaram o espaço para sanarem dúvidas quanto a vacinação, orientações de higienização e prevenção de contágio pelo novo coronavírus, além de dúvidas sobre saúde bucal, manutenção de próteses dentárias e escovação. Para acompanhar o desempenho da página, foram selecionadas cinco métricas⁴¹² principais fornecidas pela plataforma. Através da métrica “curtidas totais” foi possível observar a evolução no número de usuários que seguem e curtem a página, iniciada com 940 curtidas totais, em abril de 2020, e apresentando aumento expressivo de 56,3% de curtidas nesse período, chegando ao número de 1.470 curtidas totais, em

12 “curtidas totais”, que dizem respeito ao número total de pessoas que curtiram a página - usuários únicos; 2. “novas curtidas diárias”, que refletem o número de novas pessoas que curtiram a página por dia; 3. “engajamento diário”, referente ao número de pessoas que interagiram com a página, incluindo qualquer clique ou história criada; 4. “alcance total diário”, ou seja, o número de pessoas que tiveram qualquer conteúdo da página ou sobre a página na tela; e por fim, 5. “impressões totais diárias”, condizentes com o número de vezes que qualquer conteúdo da página ou sobre a página entrou na tela de uma pessoa - sendo a contagem total. (Fonte de extração: Facebook, 2020)

agosto de 2020. Esse aumento aparenta ter tornado a página da clínica mais expressiva e relevante, alcançando mais usuários e ampliando as diversas formas de comunicação da CF com a comunidade local e sociedade em geral.

Mediante a métrica de curtidas diárias, foi possível identificar o número de novas pessoas que começaram a seguir a página, além de acompanhar sua evolução. Salienta-se que, apesar do perfil encontrar-se inutilizado em momento anterior, em 123 dias de retomada das atividades a página atingiu uma média de 4,5 novas curtidas por dia.

Em sua maioria, as postagens com relação a Covid-19 tiveram maiores engajamentos, sendo diversas vezes compartilhadas por usuários. As publicações de educação em saúde obtiveram uma média diária de 470 visualizações, totalizando 57.811 visualizações nesse mesmo intervalo de tempo. Estes dados exprimem a importância de socializar as informações, principalmente nas conjunturas da pandemia, transmitindo informações relevantes para toda a população.

Além das interações nas publicações, foi utilizada a caixa de mensagem da página como ferramenta de comunicação direta com os usuários a fim de manter a interação, estabelecer vínculos e solucionar questões.

A organização do fluxo e resposta das mensagens ficou a cargo da equipe de residentes. A caixa de mensagem também foi utilizada como forma de ingresso de usuários da clínica para os grupos de WhatsApp Nutrição Online e o Grupo de Atividades Físicas Online, coordenado pela residente de nutrição e o residente de educação física, respectivamente. Esse modelo de interação com os cadastrados trouxe como benefício um atendimento direto, sem a necessidade de o usuário buscar orientação presencialmente na clínica, proporcionando um melhor fluxo no acolhimento da unidade e impactando positivamente no processo de trabalho da triagem. Além do grande potencial em transmitir e propagar informação e comunicação em saúde, alcançando uma grande gama de usuários, a página demonstrou uma ótima opção para aproximar os usuários, possibilitando resolução de casos simples. Contudo, a página precisou ser suspensa por conta da eleição municipal ocorrida em novembro de 2020, isto porque a Lei Eleitoral nº. 9.504/1997 impede o uso de páginas vinculadas ao poder público seja pela internet, rádio, televisão ou mídia escrita. Assim, esta atividade sofreu descontinuidade em relação à oferta de uma assistência ampliada à Saúde por meio das TIC no período eleitoral.

Pela experiência relatada acima, conclui-se sobre a importância e potência da utilização das ferramentas das TIC no contexto de pandemia. Entretanto, a desigualdade ao acesso às tecnologias de informação, Lobo Coelho *et al.*, (2020) corrobora a limitada capacidade tecnológica brasileira associada às barreiras de acesso dadas por questões socioculturais. Para superá-las, é necessário discuti-las no âmbito das políticas sociais com o intuito de ampliar o acesso da população às tecnologias disponíveis. Mesmo com as desigualdades sociais e digitais presentes no território da unidade de saúde, o uso das TICs se mostrou como importante ferramenta facilitadora para a continuidade do cuidado, uma vez que possibilitou apoiar o processo de trabalho em saúde e promover uma maior assistência aos usuários. Além disto, é importante ressaltar o apoio matricial ou matriciamento viabilizado pela equipe multiprofissional de residentes, uma vez que é identificado como uma ferramenta que altera a lógica de funcionamento das equipes de saúde com foco no trabalho colaborativo (CAMPOS, 1999), podendo otimizar a reorganização dos serviços principalmente em contextos atípicos.

A comunicação interna, as redes sociais e a teleconsulta apresentaram-se como potenciais canais de troca de informação e construção de diálogos entre profissionais e usuários. Além destas questões, foi possível ampliar a oferta de informações fidedignas sobre os serviços, garantir o vínculo longitudinal e a continuidade do cuidado à população e facilitar a comunicação e a organização do processo de trabalho da unidade.

Espaço de cuidado como ferramenta para a saúde do trabalhador

A situação de precariedade na contratação de recursos humanos na APS é um dos desafios enfrentados pela APS no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2020). Em momento anterior à pandemia, a equipe de residentes identificou o sofrimento dos trabalhadores da clínica da família, causado em grande parte pela instabilidade empregatícia decorrente da transição para um novo tipo de terceirização, um processo de trabalho fragmentado e violência armada no território. O surgimento do novo coronavírus intensificou o sofrimento dos trabalhadores da saúde, demandando intervenções para a promoção do seu próprio cuidado.

O objetivo desta experiência foi implementar intervenções para a redução do sofrimento dos profissionais atuantes na CF. O método para atingir tal objetivo foi o desenvolvimento do “Espaço de Cuidado”, que se traduziu em encontros semanais com os profissionais de saúde da clínica, com duração entre uma e duas horas, com a realização de diferentes atividades no espaço do auditório da unidade. As atividades desenvolvidas foram: rodas de conversa entre os profissionais, elaboração de oficinas expressivas articuladas com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), meditação guiada, oficinas de mandala, oficinas de macramê e atividades de relaxamento e alongamento, respeitando o distanciamento social.

De acordo com o Ministério da Saúde, as oficinas terapêuticas podem ser compreendidas como atividades grupais. Geralmente realizadas em âmbito extra-hospitalar, que têm como intuito promover a sociabilização, o exercício coletivo da cidadania, a expressão de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades, a inserção social entre outros (PÁDUA; MORAIS, 2008).

Destaca-se que as rodas de conversa foram conduzidas pela residente psicóloga, a meditação guiada pelo residente farmacêutico, as oficinas de mandala e de macramê pela residente enfermeira e as atividades de alongamento pelo residente professor de educação física. Apesar dessas quatro categorias profissionais terem destaque enquanto coordenadores das atividades ofertadas, é importante ressaltar a participação ativa de todos os residentes nos encontros. Inicialmente, foi proposta uma roda de conversa a fim de dialogar sobre a proposta e ouvir os profissionais sobre o que eles consideravam importante falar, inclusive sobre suas emoções/afetos. O primeiro encontro contou com treze participantes: dentre eles profissionais das eSB, agentes comunitários de saúde, enfermagem e auxiliares de serviços gerais. O perfil se manteve o mesmo em relação ao número aproximado de participantes e categorias profissionais desde o primeiro até o último encontro.

O trabalho contou com a utilização de música instrumental para melhor ambientação e para que os trabalhadores se sentissem mais confortáveis. Reforçou-se ainda que aquele espaço era justamente para que todos pudessem falar de como os corpos e as vidas estavam diante do cenário pandêmico além de enfatizar a ideia de ser um lugar de gestão coletiva, onde todos poderiam pensar juntos nas atividades a serem realizadas e em formas de sustentar a existência dessa conquista junto à gestão da unidade.

No lugar de troca que foi criado, os profissionais tiveram acesso às diferentes realidades, desde desconhecimento sobre orientações para higienização de ambientes e superfícies, falta de treinamento sobre utilização de equipamentos de proteção individual, atraso de salários, dificuldades financeiras enfrentadas por profissionais de saúde no contexto da pandemia, pessoas que perderam entes queridos em decorrência do novo coronavírus; quadros de ansiedade e distúrbio do sono que se manifestaram diante do contexto atual etc. A partir da experiência, observou-se um espírito de acolhimento e empatia durante a roda de conversa e todos manifestaram comentários positivos acerca da atividade e da iniciativa de construção daquele espaço.

No que se refere à meditação guiada, destaca-se que esta é uma das práticas integrativas e complementares inclusas no rol de oferta do SUS. Cientes dos benefícios da prática da meditação, foi estabelecido contato com uma profissional terapeuta ayurvédica, conhecida pelo grupo da RMSF, que possui, há dois anos e meio, um grupo de WhatsApp no qual promove encontros presenciais para a prática da meditação. Devido à pandemia e o afastamento social, ela passou a gravar áudios com meditações guiadas no grupo para que a prática não se perdesse. Com sua autorização para a reprodução de alguns áudios nos encontros do Espaço de Cuidado, os residentes prepararam um ambiente convidativo, com baixa luminosidade, silencioso (dentro do possível), com música ambiente relaxante com sons da natureza e aroma produzido com óleos essenciais de camomila, lavanda e hortelã que apresentam função de aliviar a ansiedade e estafa emocional proporcionando tranquilidade e bem-estar aos participantes da atividade. A meditação ocorreu de forma harmoniosa embora, inicialmente, alguns tenham tido dificuldade em se concentrar nos exercícios que eram pedidos. Contudo, ao longo do processo conseguiram alcançar o objetivo de relaxamento proposto. Como resultado, verificou-se que todos ficaram satisfeitos com a oferta da meditação no Espaço de Cuidado e relataram alívio do estresse emocional, esquecimento momentâneo dos problemas externos, renovação de energia e sensação de bem-estar.

As oficinas de mandala e macramê, foram coordenadas em momentos distintos. Durante as oficinas, os integrantes do grupo sentaram-se em círculo, de forma que os materiais utilizados (tesouras, linhas de lã, palitos, cola escova de pentear, barbante e galhos de madeira) ficassem dispostos no centro e todos

pudessem compartilhá-los. Foram colocadas músicas conhecidas com o intuito de propiciar um ambiente mais leve e descontraído. Em alguns momentos pôde-se observar que alguns integrantes se sentiram à vontade a ponto de cantar as músicas. Percebeu-se, no decorrer do encontro, uma forte postura de cooperação e integração mesmo entre profissionais que antes não as tinham, fortalecendo a interação e comunicação durante as atividades propostas. Observou-se o fortalecimento da colaboração entre os participantes, pois à medida que um participante terminava sua produção artística e percebia que outro apresentava alguma dificuldade, prontamente se disponibilizava a ajudá-lo.

No final de cada encontro foi aberto um espaço de avaliação da atividade, para que todos pudessem expressar como se sentiram, o que acharam da escolha do material e do resultado de sua produção artística. Os participantes manifestaram satisfação com as técnicas e materiais utilizados, sentindo-se contentes com o resultado, relatando redução de estresse e ansiedade, dizendo ainda que terminaram as atividades muito mais calmos e que não sentiram o “tempo passar”. Reforçaram a importância do espaço como estratégia de cuidado, de relaxamento e de aproximação entre os trabalhadores, principalmente no contexto pandêmico, uma vez que se permite o conhecimento e reconhecimento dos sofrimentos e anseios do outro. Os que participaram solicitaram a oferta de novas técnicas como estas e, os que não puderam participar, solicitaram que as atividades fossem novamente ofertadas.

Em relação à saúde física, sabe-se que o sedentarismo é um dos fatores de risco para agravos à saúde mais prevalentes na população mundial e brasileira, sendo identificado atualmente como um importante problema de saúde pública nos mais diferentes segmentos (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Por outro lado, a obesidade é considerada um fator de risco importante para o agravamento e óbito dos casos de Covid-19. Assim, para a melhoria da saúde do trabalhador, foram propostos também exercícios físicos, como alongamentos e ginástica laboral antes do início das atividades dos grupos. Essas práticas vêm ganhando espaço como ferramenta importante no processo de promoção da saúde do trabalhador e prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (NETO *et al.*, 2017).

Além do incentivo e orientação para a prática de exercício físico, realizou-se também orientações relevantes quanto à “nova” forma de praticar atividades

com o uso de máscara de proteção, item essencial para prevenção de contágio pelo novo coronavírus e de uso obrigatório em diversos ambientes.

Sabendo disso, houve instruções quanto ao uso das mesmas e seus efeitos fisiológicos durante as práticas, sendo necessário um período de adaptação como mencionado por Santos-Silva, Greve e Pedrinelli (2020) em seu estudo sobre piora e melhora no desempenho físico.

Por fim, é importante destacar que o mês de setembro consiste no mês de Estágio Optativo dos residentes. Desta forma, os mesmos não mantiveram suas atividades na unidade de saúde em voga, ausentando-se durante todo o mês. Como forma de garantir o espaço de cuidado, houve um acordo mútuo estabelecido entre os residentes e trabalhadores para que os encontros fossem coordenados por algum profissional da Clínica. Apesar da mobilização, com a ausência dos residentes, apenas o primeiro encontro do mês de setembro foi realizado.

Com o término do Estágio Optativo e retorno dos residentes para a unidade, em decorrência das mudanças das agendas dos profissionais, de fluxos internos como a disponibilização de salas para a realização de testes rápidos e SWAB, das novas escalas estabelecidas e das demandas da residência, assim como o aumento do número de casos suspeitos de Covid-19 que buscavam a unidade, as atividades do Espaço de Cuidado foram interrompidas.

Apesar da interrupção dos encontros, o Espaço de Cuidado teve grande relevância durante o período em que ocorreu. A equipe de residentes conseguiu aproximar os profissionais participantes e possibilitou a criação de vínculo entre os mesmos. Promoveu, ainda, o cuidado em saúde para os trabalhadores da clínica, amenizando o sofrimento e estresse relacionados à rotina intensa de atividades somada com situações da Covid-19.

Considerações finais

O processo de trabalho em saúde na Clínica da Família na qual os residentes, realizaram suas práticas, possuía elementos de fragmentação, anteriores à pandemia do novo coronavírus que foram intensificados pela pandemia.

A realidade da APS antes da pandemia, no Brasil, já mostrava sinais de enfraquecimento e descaracterização dos pressupostos da estratégia saúde da família,

cujo modelo baseado na abordagem territorial e comunitária, vai em direção a um modelo de atenção individual, com resposta a problemas agudos, desfavorecendo o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado. Agravando ainda essa situação, no município do Rio de Janeiro, às alterações na gestão das OS, diminuição de salários e a falta de recursos humanos nas unidades de saúde potencializaram os impactos que a pandemia trouxe. A própria clínica da família apresentava problemas na gestão de seu funcionamento. O gerente de unidade, em conjunto com os demais profissionais de saúde, possui a responsabilidade de qualificar e organizar o processo de trabalho garantindo um cuidado integral e humanizado com e para os usuários a partir da identificação das necessidades do território (MACHADO, 2008). A reorganização do processo de trabalho em saúde se fazia urgente e tais questões precisavam ser consideradas e discutidas internamente para o enfrentamento dos problemas colocados pela pandemia, processo que enfrentou limitações mediante a fragilidade na gestão do trabalho dentro da clínica.

Considerando-se que a proposta do PRMSF da ENSP/Fiocruz preconiza a qualificação dos profissionais de saúde nos cenários por meio da interação entre o território, a unidade de saúde, profissionais e usuários, considera-se alguns limites na formação em serviço do grupo de residentes. Seja porque muitas das ações e práticas em saúde que poderiam ser ofertadas foram impossibilitadas por conta de características da forma de gestão presente neste campo de prática, seja por problemas relacionados ao contexto do território, como situações de violência, que em diversos momentos impediram a atuação no território ou o desenvolvimento de atividades na própria clínica.

Apesar da situação acima exposta, a equipe multiprofissional de residentes se inseriu nos atendimentos prestados pelos profissionais das equipes mínimas a fim de garantir o acesso da população usuária aos serviços ofertados na unidade, e por meio do vínculo estabelecido, foi possível proporcionar uma assistência integral e longitudinal em meio à pandemia, conforme apresentado nos relatos de experiência.

No contexto da APS fica evidente o quanto é importante a abordagem multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família, dado que a pandemia ressaltou o conjunto de necessidades diversas que a população tem e que se superpõem de maneira dramática nas condições de vida e saúde das pessoas. Assim, junto com demandas específicas do processo saúde-doença, as pessoas

apresentam suas realidades, lacunas, ausências, em que o trabalho multiprofissional pode atenuar enquanto também qualifica o cuidado prestado, a partir da oferta diferenciada de ações e serviços. Foi principalmente neste cenário que a atuação da equipe de residentes se afirmou como um suporte às demandas apresentadas pelos usuários, profissionais da unidade e pela nova configuração do processo de trabalho que precisou ser adaptada à nova realidade.

Desta forma, as atividades acerca do olhar ampliado sob a linha de cuidado do pré-natal; o espaço de cuidado enquanto um local de escuta e acolhimento para os funcionários da unidade; a teleconsulta como adequação tecnológica para a continuidade do cuidado; e o uso de redes sociais como ferramentas para a comunicação em saúde, foram estratégias importantes para apoiar a reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, que podem ser mantidas, aproveitadas e ou readequadas em cenário futuros.

Esse relato de experiência corrobora o que Giovanella *et al.*, (2020) sinalizaram como ações necessárias nos campos de atuação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19, especialmente no que se refere ao eixo de atuação Continuidade dos cuidados rotineiros da APS. Demonstra também o papel fundamental da APS, tendo em vista sua capilaridade, atuação territorial, orientação comunitária, assim como a importância da atuação multiprofissional, especialmente das equipes NASF-AB, na prestação de cuidados ampliados em saúde com vistas à integralidade do cuidado.

Referências

BELLO, L. **Dia Nacional da Habitação: Brasil tem 11,4 milhões de pessoas vivendo em favelas.** Recuperado 1º de setembro de 2021, de Agência IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas#:~:text=Segundo%20o%20Censo%202010%20do,cinco%2C%20eram%20mo radores%20de%20favelas>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 32, 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL (org.). **Política nacional de atenção básica** (1. ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre

a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CARABETTA JÚNIOR, V. A utilização de mapas conceituais como recurso didático para a construção e inter-relação de conceitos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 441–447, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300017>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CATAPAN, S. de C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: Uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. e002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 1), p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: Fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica (Coleção PROPAG. Digital - UNESP), 2012.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. F. **Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitários**. Editora da Rede Unida, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate [on-line]**, v. 44, n. spe4, p. 161-176, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.

11042020E410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COELHO, A.; ARAUJO MORAIS, I. de; VIERA DA SILVA ROSA, W. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 183–199, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i3.709>

MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV. 478 p.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. México: Siglo XXI. 1985.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: Processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor, 1992.

NETO, J. P. M. *et al.* Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador: Uma revisão da literatura. **Encontros Universitários da UFC**, v. 2, n. 1, 3.702, 2017.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. D. L. S. Oficinas expressivas terapêuticas: Uma proposta inclusiva. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 45, p. 25–27, 2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira. Rio de Janeiro. 478 p.

PIROPO, T. G. do N.; AMARAL, H. O. S. do. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 279–287. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040413>. Acesso em: 14 fev. 2022.

110420151040413. Acesso em: 14 fev. 2022.

SANTOS, R. A. B. de G. dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: Experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694–706, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SANTOS-SILVA, P. R.; GREVE, J. M. D.; PEDRINELLI, A. During the Coronavirus Pandemic, Does Wearing a Mask Improve or Worsen Physical Performance? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 26, n. 4, p. 281–284, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-869220202604esp001>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SIQUEIRA, F. C. V. *et al.* Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1917–1928, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900006>. Acesso em: 14 fev. 2022.

TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências e Cognição**, v. 12, p. 72–85, 2007.

Capítulo 8

A atuação da atenção primária em saúde no contexto de pandemia de Covid-19 no município do Rio de Janeiro

Carolina Manhães Moura Reis
Daniel Soranz
Elaine Medeiros do Nascimento
Emilene dos Santos Guimarães
Janaína Vianna Balmant
Thiago Wendel Gonzaga da Silva

Neste capítulo trataremos do enfrentamento durante a pandemia de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, com ênfase nas principais estratégias utilizadas pela gestão atual para resgate dos atributos da APS que foram negligenciados nos últimos anos, bem como da garantia dos direitos da população carioca.

Introdução

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa do coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos (OPAS, 2021, s.d).

A partir desta data, autoridades chinesas identificaram um novo tipo do coronavírus e dispararam alertas mundiais sobre a nova onda de doença que, posteriormente, tornou-se uma pandemia mundial.

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoV) já foram identificados: HCoV- 229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e, o mais recente, um novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o

nome de SARS-CoV-2. Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença Covid-19 (OPAS, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (OPAS, 2020).

No dia 26 de fevereiro de 2020, o Brasil é informado pelos noticiários que um homem, recém-chegado da Itália, deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, confirmando o diagnóstico do novo Coronavírus. Ao confirmar o primeiro caso no País, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, reforçou que já era esperada a circulação do vírus. Contudo, diferente dos demais Países com transmissão, o Brasil ainda não vivenciava a estação do inverno, período em que há maior risco de contágio (BRASIL, 2020a).

Para além de implicações diretas na saúde e adoecimento das pessoas, ao novo coronavírus trouxe repercussões em todo o sistema de saúde e na atenção à saúde, interferindo no processo saúde-doença-cuidado da população em geral, como é o caso de interação entre a Covid-19 e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Houve barreiras de acesso, muitos pacientes não conseguiram acessar os serviços, por diversos motivos e estes seriam os chamados “pacientes invisíveis” (MENDES, 2020). A alta demanda provocada pela pandemia fez com que as “condições de saúde não Covid-19” se tornassem imperceptíveis para os sistemas de atenção à saúde (*op. cit.*, p. 18). Deste modo, a rápida propagação da Covid-19 causou uma intensa pressão nos sistemas de saúde e em seus diversos níveis de atenção - primário, secundário e terciário - com as especificidades de cada região brasileira. A recomendação de atendimento nestes níveis foi disponibilizada, em 2020, pelo Ministério da Saúde em sua primeira versão:

Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre e sem critérios de gravidade. É desejável a disponibilização de oxímetro portátil em serviços de atenção primária, para a avaliação adequada dos critérios de gravidade. **Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares e**

não hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou que chegam ao serviço por demanda espontânea (BRASIL, 2020a, p. 12).

Diante desta notícia, gestões de todas as esferas, inclusive as locais, não mediram esforços para adequar, orientar, ouvir, planejar, priorizar e readequar os serviços de saúde. Neste contexto, discutiremos a seguir, como a gestão local da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organizou os serviços de saúde, no cenário encontrado em meio de uma pandemia de Covid-19 no município do Rio de Janeiro.

Cabe pontuar que, de acordo com o Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, o primeiro caso de Covid-19 no município do Rio de Janeiro (MRJ) foi registrado em 6 de março de 2020, 11 dias após o primeiro caso brasileiro. A cidade possui uma dinâmica econômica e social de alta conectividade com outros centros urbanos, o que favorece sua transformação num polo de disseminação da doença para outros territórios e reforça a necessidade de compreender o padrão de transmissão da doença para melhor implementação de medidas de mitigação e de controle (COSTA *et al.*, 2020).

Em linhas gerais, o MRJ enfrentava no ano de 2020 uma crise econômica e política intensificada pela Gestão Municipal à época e atrelada às medidas neoliberais do Governo Federal, que se refletiram negativamente nas formas de gestão e na atenção à saúde. Medronho (2020) e Campos (2020) dissertaram sobre o fato de as redes de saúde regionalizadas ainda serem frágeis, bem como sobre os problemas crônicos também vivenciados na atenção hospitalar, tais como: o fechamento de leitos, falta de insumos, medicamentos, equipamentos e manutenção necessária, falta de profissionais e o baixo salário.

Deste modo, a pandemia iniciada em 2020 que afetou o mundo todo, mas sobretudo, o MRJ, com sobreposição destes problemas relacionados à situação político-gerencial e associados à nova situação sanitária, evidenciou um cenário na saúde pública de imensa sobrecarga dos hospitais públicos com lotação de vagas em enfermarias e Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme apontou Noronha *et al.* (2020).

Uma das principais ferramentas de combate consiste na detecção do indivíduo assintomático, que pode permanecer sem manifestar sintomas por uma média de sete

a 14 dias. Um estudo da Soonchunhyang University, da Coreia do Sul, observou que os pacientes assintomáticos têm carga similar àqueles que apresentam os sintomas durante a infecção por Covid-19, ou seja, todos os infectados, independentemente dos sintomas, são capazes de transmitir a doença (LEE *et al.*, 2020).

Síntese das lições aprendidas e Estratégias utilizadas pela APS no município do Rio de Janeiro

Entre todas as medidas tomadas de enfrentamento à pandemia, além de máscaras e álcool em gel, o distanciamento social, adotado em outros países, foi instaurado no Brasil por meio de decretos municipais e estaduais, determinando o fechamento de todo comércio de serviços não essenciais. O impacto financeiro foi significativo, principalmente pela Covid-19 se instalar no Brasil em pleno verão e alta temporada turística. Isso ocorreu após ser divulgada a Portaria nº 356, do Ministério da Saúde, em 11 de março de 2020 (BRASIL, 2020b), que deliberou sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, estabelecendo as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública. A partir de então, as pessoas passaram a ficar mais dentro de casa, trabalhando remotamente; os estabelecimentos de educação foram fechados temporariamente e somente os serviços essenciais nas áreas de saúde pública, alimentação, abastecimento, segurança e limpeza continuaram em funcionamento.

No Brasil, uma estratégia em curso ao longo da pandemia tenta acentuar as críticas geralmente apresentadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Reconhecido mundialmente como modelo de ações em saúde por várias de suas inovações (cobertura universal; prevenção - campanhas de vacinação, erradicação de doenças, valorização dos aspectos sociais da saúde etc.; política de ponta no combate à Aids; articulação em níveis distintos de complexidade; pesquisa pública em saúde, dentre outras), em âmbito nacional as ações que visam atingir a capacidade de gestão e operação do SUS continuam sendo adotadas por distintos governos.

Desde então, os serviços de saúde realizam esforços para combater o vírus, diminuir a mortalidade e evitar a transmissibilidade, realizando ações de testagem, tratamento, cuidados e educação em saúde.

Diante do cenário de sobrecarga dos serviços de saúde, Engstrom *et al.*, (2020) direcionaram algumas estratégias de prevenção e controle da Covid-19,

também como tentativa de aliviar os equipamentos, a partir da priorização de uma linha de cuidado voltada ao novo coronavírus articulada com os campos de atuação da APS, quais sejam: vigilância à saúde, promoção à saúde, cuidado às pessoas e às famílias e gestão compartilhada do cuidado. Dentre as recomendações anunciadas estão: o atendimento organizado aos pacientes com sintomas respiratórios por meio da Equipe de Resposta Rápida (ERR) e contato telefônico para acompanhamento da situação; definição de fluxos e distanciamento social no interior das unidades de saúde; mapeamento de usuários de maior risco para a Covid-19 a fim de realizar ações de prevenção domiciliar; divulgação de mecanismos de comunicação para facilitar o fornecimento de informações à população adscrita; tratamento dos casos suspeitos quando possível; monitoramento periódico da situação epidemiológica; identificação de família em extrema pobreza e insegurança alimentar; realização de testagem específica para a Covid-19; manutenção do cuidado aos demais pacientes considerados prioritários independentemente da Covid-19, entre outras medidas (op. cit., 2020).

Todas as recomendações acima foram seguidas pelo município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde do MRJ permaneceram com restrições, direcionando à assistência à saúde para a população de mais vulnerável, como os beneficiários do Programa Bolsa Família e Cartão Família Carioca, além dos usuários que constituem as linhas de cuidado prioritárias: gestantes, puérperas, crianças em risco e portadores de tuberculose. As ERRs foram implantadas em todo o município do Rio de Janeiro, de acordo com o cenário de cada Área de Planejamento, com autonomia das unidades a nível local para agendamento de pacientes das linhas de cuidado prioritárias e atendimento dos pacientes de demanda espontânea. A partir do início da Vacinação contra a Covid-19, todos os esforços foram concentrados para mobilização da Campanha no MRJ, através de notas técnicas norteadoras do processo de trabalho da APS, discorrido no tópico a seguir mais detalhadamente.

Planejamento da Vacinação da Covid-19

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), atende atualmente 212 milhões de pessoas. Criado em 18 de setembro de 1973, o PNI é um patrimônio

do estado brasileiro, mantido pelo comprometimento e dedicação de profissionais de saúde, gestores e de toda população (BRASIL, 2020 c).

Diante de um desencadeamento da corrida pelo desenvolvimento da vacina, cerca de aproximadamente 200 projetos foram registrados na Organização Mundial de Saúde (OMS), e segundo essa instituição, acordos e transferências, três acordos de tecnologia foram assinados no país: um do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos/Fiocruz) com o Ministério da Saúde com o laboratório AstraZeneca (FIOCRUZ, 2020), que trabalhou em formato de parceria com a Universidade Oxford (Reino Unido), estabelecendo o fornecimento inicial de 100 milhões de doses; outro do Instituto Butantan do Estado de São Paulo com a empresa Sinovac, China (Coronavac) (INSTITUTO BUTANTAN, 2020), garantindo o fornecimento de 46 milhões de doses; e o último do Instituto de Tecnologia do Paraná (TECPAR) do Estado do Paraná com o Instituto Gamaleya, Rússia (Sputnik V) (TECPAR, 2020), que até o momento não foi disponibilizado (WHO, 2020).

O PNI apresenta uma vasta experiência em organizar campanhas de vacinação em massa de grande escala com maior proporção de imunizados no Brasil. Diante disso, a gestão local deve manter esse objetivo alinhado com a linha de frente para que as pessoas recebam a sua dose vacinal de forma segura.

Portanto, a importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas também porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e de saúde da população em geral, neste caso retratada aqui, a Covid-19 (DOMINGUES, 2021).

No dia 20 de janeiro de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro deu início à maior e mais mobilizante campanha de vacinação em todas as dez áreas de planejamento da cidade. Esta campanha retrata a esperança nascida após muitas famílias vivenciarem o luto e a desesperança frente a esta pandemia. O papel da gestão municipal, além de toda logística técnica, foi dar visibilidade da importância da vacinação para que a população aderisse a este novo calendário vacinal, uma vez que muitos cariocas não acessam o SUS, sendo uma oportunidade única para conhecimento do processo de trabalho das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP) e Centros Municipais de Saúde. Nesse

sentido, readequação da parte física das unidades com a instalação de aparelhos novos de ar-condicionado e conserto dos existentes foram priorizadas nas salas de imunização e no acolhimento aos usuários.

A cerimônia de abertura da vacinação ocorreu no dia 18 de janeiro de 2021, no Cristo Redentor. Para o início da Campanha de Vacinação, foram priorizados trabalhadores de saúde, idosos e pessoas com deficiência que vivem em instituições de longa permanência e trabalhadores desses estabelecimentos. Posteriormente foi seguido o calendário por idade, a fim de evitar aglomeração nas UAPs. Foi programada a organização do sistema Drive-Thru em vários pontos da cidade para dar conta dos usuários com dificuldade de locomoção.

Para alcance da imunização da população em situação de rua (PSR), foram realizadas novas estratégias de ações de saúde no território para ampliar o acesso ao imunobiológico contra a Covid-19. Para tanto, houve a participação no planejamento e no apoio *in loco* nas ações de vacinação voltada à PSR, junto às equipes do Consultório na Rua, UAP, Centros de Atenção Psicossocial e Rede Assistência Social nas ações de vacinação, o que facilitou o acesso dessa população tão vulnerabilizada e marginalizada pela sociedade.

Em suma, um dos pontos facilitadores para a rápida evolução da vacinação se deu pelo fato da Estratégia Saúde da Família (ESF) ter prévio conhecimento de sua população adscrita, enunciando os respectivos cadastros de cada grupo prioritário e organizando com mais precisão o processo de imunização. Mesmo com esse preparo, a oferta de imunizantes ocorre via PNI sob orientações do Governo Federal, e inicialmente esta aquisição foi dificultada e postergada. Portanto, todo este cenário e o nó crítico em torno da vacinação precisam ser mais bem estudados para que o Brasil possa mitigar estes problemas crônicos e superar a pandemia; para isso são necessárias melhorias nas condições socioeconômicas, sanitárias, bem como no acesso e oferta de serviços de saúde.

Retomada da Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste no conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e

vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por meio de equipes multiprofissionais e dirigida à população em território definido cujas equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). A APS sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede tem um papel estratégico no enfrentamento desta pandemia.

Com vistas a organizar a RAS a partir das novas demandas colocadas pelo novo Coronavírus, o CONASS (2020) emitiu um instrumento orientador consolidando as matrizes específicas dos pontos de atenção nesta rede de serviços.

Nunca foi tão premente ao sistema de saúde um trabalho integrado na forma de Redes de Atenção à Saúde. A pandemia impõe a organização dos pontos de atenção com definição de papéis e fluxos seja no atendimento da Covid-19 ou para o enfrentamento das mais diversas necessidades de saúde que se manifestam. Determina o aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação com a necessidade da notificação de casos suspeitos, a identificação de contatos, o monitoramento conjunto dos indivíduos e integralidade do cuidado entre outras ações. Ela perpassa do trabalho do agente comunitário da equipe da APS até o atendimento dos profissionais da UTI (CONASS, 2020, p. 7).

As evidências demonstram que os Sistemas de Saúde apoiados em uma base qualificada e consistente no âmbito da APS proporcionam resultados melhores em saúde, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no tocante à prevenção da progressão de doenças prevalentes, além de minorar os efeitos de lesões (STARFIELD, 2007). Nesse sentido, Sistemas de Saúde com base forte em APS têm obtido resultados importantes inclusive na abordagem de problemas de saúde emergentes como HIV/SIDA, tuberculose e doenças crônicas, dentre outros (MACINKO; STARFIELD; ERINOSHO, 2009). Estes resultados podem ser explicados pela individualização do cuidado em saúde verificada no âmbito da APS, cujo foco não mais recai sobre as doenças, mas sobre pessoas em seus contextos familiar e de base comunitária. Além disso, a APS leva em conta os contextos socioculturais e psicológicos, para além dos biológicos, envolvidos no processo saúde- adoecimento e na adesão ao tratamento (STARFIELD, 2007).

Espera-se que este modelo de saúde seja ofertado gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, obedecendo os princípios da universalidade e equidade.

O Município do Rio de Janeiro iniciou a reforma dos cuidados primários em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2009, cuja cobertura potencial da APS passou de 3,5% em 2008 para 70,93% em 2017, com 1.172 equipes de ESF (BRASIL, 2017). O modelo de expansão de cobertura do município se colocou na história como um exemplo de reforma dos cuidados primários em saúde, inspirando outros municípios a adotarem metodologias semelhantes para expandir a cobertura da ESF. A implantação dos serviços de APS na cidade tomou por base os atributos essenciais e derivados descritos por Starfield (1992).

Nessa perspectiva, é possível compreender a focalização no contexto das práticas de saúde na APS com sentidos na materialização da integralidade, assim como nas estratégias de consolidação da própria universalização e da equidade, que espelham os grandes desafios de concretização do direito à saúde em uma cidade de profundas desigualdades como o Rio de Janeiro.

Da mesma forma, a integralidade do cuidado pressupõe o fortalecimento do vínculo, acolhimento e autonomia, com a valorização da subjetividade e as necessidades singulares dos sujeitos com o cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Na perspectiva de atingir esse atributo, é fundamental que os sistemas de saúde sejam ordenados pela APS, com articulação em rede, centrados nas necessidades e demandas dos usuários. Deste modo, é possível entender o conceito de APS abrangente, superando a ideia de que a APS como uma concepção seletiva, voltada para os pobres, com serviços de baixa qualidade, com oferecimento de uma cesta restrita de serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A expansão da rede de APS demanda a formação de profissionais com características específicas para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos que têm sistemas de saúde de acesso universal e ordenados a partir de uma rede de APS forte, faz-se necessário o investimento na formação de especialistas em APS. A importância desses especialistas nas ações da APS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos. Logo, um grande desafio para a expansão e qualificação das equipes de

saúde da família no município do Rio de Janeiro vem sendo a constituição de perfil e a formação dos profissionais que atuam nestas equipes, particularmente o profissional médico.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento em Saúde (AP). As Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP) tem como competência de acordo com o Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) planejar, programar, coordenar, supervisionar e controlar o desenvolvimento das ações da rede de serviços de saúde, em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

A Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (SIAP) reconhecendo seu papel de integrar e articular as ações estratégicas sob responsabilidade das CAP, apoia as Coordenadorias no desenvolvimento dessas ações no território, bem como na gestão de outros mecanismos gerenciais que favoreçam a criação, a implantação, o monitoramento e a avaliação de estratégias e ações da APS. Assim como, desenvolve um trabalho com a Atenção Especializada de forma integrada à Superintendência de Atenção Primária (SAP), no fortalecimento das linhas de cuidados junto às CAP.

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) recomenda algumas orientações acerca do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, a elaboração de materiais e protocolos para direcionar o processo de trabalho das equipes de saúde da família como a elaboração de uma carteira de serviços no município do Rio, permitiu a padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades e a avaliação dos resultados obtidos a partir de indicadores de desempenho clínico. O monitoramento da oferta de ações da carteira de serviços tem permitido avaliar o desempenho de cada uma das equipes e unidades, com versão atualizada no ano de 2021 (RIO DE JANEIRO, 2021).

Com a retomada das ações da APS, busca-se o retorno da implementação dessas recomendações nas UAP, conforme a descritas na carteira de serviços, documento norteador das ações de APS no município do Rio de Janeiro:

Quadro 1. Procedimentos da SMS reorganizados no para retomada das atividades pós pandemia pela SMS – RJ, 2021.

Procedimentos	Função/periodicidade
Visita domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> O tempo máximo para realizar visita domiciliar, quando solicitada à equipe, é de cinco dias para avaliação pelo Agente Comunitário de Saúde e, uma vez definida a necessidade pela equipe, no máximo 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico; e a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco; Todo domicílio deve ser visitado pelo menos uma vez ao ano pelo Agente de Vigilância em Saúde (AVS), podendo ocorrer visitas em períodos menores no caso de identificação de fatores de risco ambientais e do domicílio;
Agendamento de consultas	<ul style="list-style-type: none"> A equipe de saúde da família deve realizar os atendimentos do dia e agendar consultas. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível para visualização de toda a equipe técnica por meio do prontuário eletrônico; os pacientes que tiverem consultas agendadas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta; os pacientes devem ser atendidos o mais breve possível, com tempo de espera máximo para agendamento de 15 dias; casos avaliados pela equipe como urgentes devem ser atendidos necessariamente no mesmo dia.
Horários	<ul style="list-style-type: none"> os horários de funcionamento da unidade, de atendimento de todos os profissionais e demais atividades educativas semanais devem estar afixados em local visível e acessíveis ao usuário, bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade; atendimento médico, de enfermagem, de saúde bucal e vacinação devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, não devendo a unidade fechar para almoço; a aferição da pressão arterial deve ser feita a qualquer usuário caso ele solicite; atestados de saúde e declaração de óbito de pessoas do território devem ser fornecidos pelos médicos da atenção primária, de acordo com protocolos vigentes e em formulários específicos.
Exames	<p>Tempo máximo para resultado de exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratoriais: cinco dias úteis; Citopatológico de colo uterino (preventivo): 10 dias úteis; Raio X, ultrassonografia e eletrocardiograma: 10 dias úteis.
Encaminhamento a exames e especialistas	Em caso de necessidade de encaminhamento do paciente a outro serviço, deve-se entregar ao paciente o número da solicitação no SISREG ou SER, no prazo máximo de uma semana.
Ouvidoria	O diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações; Recomenda-se a divulgação do telefone 1746 para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se opiniões, elogios, críticas ou sugestões de melhoria.

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

O Ofício Circular S/SUBPAV nº 12, trata do norteamto das atividades da APS em concentrar esforços para a Campanha de Vacinação contra a Covid-19. Esse Ofício foi publicado em 28 de março de 2021, com foco para divulgação aos profissionais de saúde das Coordenações de Área de Planejamento, para manutenção das atividades prioritárias da APS. Neste sentido, todas as Unidades de Atenção Primária, concentraram os esforços em atividades assistenciais essenciais (pré-natal, tuberculose, HIV, neoplasia, crianças de 0 a 6 meses, e casos prioritários em se pesem as vulnerabilidades), atendimentos aos sintomáticos respiratórios e vacinação contra a Covid-19. Por meio da Resolução Nº 5087, de 29 de setembro de 2021 publicada no Diário Oficial do município do Rio de Janeiro no dia 30 de setembro de 2021, o Secretário Municipal de Saúde instituiu em seu Artigo 1º a retomada das atividades da APS: “[...] fica determinada a retomada integral das atividades de Promoção, Vigilância em Saúde e da Atenção Primária, de todas as Unidades de Saúde, a partir de 01 de outubro de 2021” (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 37).

Vale ressaltar que essa Resolução considerou alguns aspectos essenciais para a retomada da APS, dentre eles: o funcionamento dos serviços de saúde, a preservação da saúde pública, a situação epidemiológica da pandemia de Covid-19 e o expressivo avanço da cobertura vacinal contra a Covid-19, para que a retomada fosse concretizada, algumas orientações foram priorizadas, dentre elas: reorganização do acolhimento para acolhimento por equipe, agendamentos dos usuários, ampliação do acesso, acolhimento das demandas espontâneas e agendamento de consulta em tempo oportuno.

As visitas domiciliares podem ser realizadas, assim como as atividades coletivas (respeitando o limite de participantes e a escolha de ambientes arejados, de preferência ao ar livre). As reuniões de equipe, técnicas e geral também foram orientadas a retornar e as agendas de colegiado gestor com a participação da comunidade seguiu o mesmo planejamento.

Considerações finais

Com as eleições municipais de 2020, a nova gestão assumiu em janeiro de 2021 no meio da pandemia, tendo a Secretaria Municipal de Saúde vivenciado

diversos desafios e criado diversas estratégias com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e reabilitação da assistência em saúde, no âmbito do SUS, com intuito de fortalecer os serviços prestados à população, ampliando e qualificando o acesso aos serviços de saúde ofertados pelas UAPs.

Portanto, o enfrentamento da pandemia de Covid-19 pelas equipes de saúde da família, evidenciou a resolutividade da APS no atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios. A capilaridade territorial da APS no que se refere à condução dos casos leves foi o diferencial para evitar a disseminação do Coronavírus por meio do diagnóstico precoce, além da necessidade de encaminhamentos para o nível terciário dos casos graves, pela APS, responsável pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, as visitas pela nova gestão das CAP e do secretário municipal de saúde nos diversos territórios das UAP foram essenciais para traçar o diagnóstico inicial da saúde do município do Rio de Janeiro. Além disso, reuniões presenciais e remotas foram realizadas em todas as dez Áreas de Planejamento, a fim de afinar a construção e execução dos fluxos existentes.

O processo de trabalho na ESF passou por diversos alinhamentos e qualificações dos profissionais de saúde, com vistas ao cumprimento dos atributos da Atenção Primária e melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Os profissionais de saúde vivenciaram momentos muito conturbados, desde o início da pandemia de Covid-19. As principais dificuldades elencadas se relacionam com questões de infraestrutura, qualificação profissional e insumos adequados e de qualidade; impactando diretamente na assistência à saúde da população.

Portanto, 2021 foi sem dúvidas um ano de resgate histórico das características norteadoras da APS. Em muitos momentos, os profissionais de saúde das equipes da ESF e gestores se reinventaram para ofertar um SUS que garanta os seus princípios e o oferecimento de uma assistência à saúde da população de qualidade.

Referências

BUTANTAN. Instituto Butantan. **Vacina contra a Covid-19**. Disponível em: <https://vacinacovid.butantan.gov.br/vacinas> Acesso em: 11 nov. 2021. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política

Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasil, Brasília, 2020a.

BRASIL. **Portaria N° 356**. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Ministério da Saúde. 11 de março de 2020. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasil, Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**, 2020c. Disponível em:

<https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-Covid-19.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Online, n.p. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia/2020/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 05 dez. 2021.

CAMPOS, G. **Governos e MS precisam de bastante agilidade e, para isso, o principal instrumento é o SUS**. [Entrevista concedida à Abrasco]. Bruno C. Dias e Pedro Martins, Abrasco, Especial Coronavírus. Publicada em 12/03/2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/governos-e-ms-precisam-de-bastante-agilidade-e-para-isso-o-principal-instrumento-e-o-sus/45638/>. Acesso em: 14 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós-covid, avaliam especialistas durante debate organizado pelo CONASS**. Brasil, Brasília, 2020.

COSTA, E. *et al.* **Análise – municípios Brasil – Covid-19 Brasil** [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 223-237, 2019.

DOMINGUES, C. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a Covid-19 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Escola Nacional Sérgio Arouca, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KzYXRtNwy4fZjTXsgwSZvPr/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2021.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19**. Observatório Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. In: ARCA/Fiocruz, p. 13, 2020.

FIOCRUZ. **Covid-19: Fiocruz firmará acordo para produzir vacina da Universidade de Oxford**. Comunicação e Informação. Notícias, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/Covid-19-fiocruz-firmara-acordo-para-produzir-vacina-da-universidade-de-oxford>. Acesso em: 11 dez. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de



atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva** [online], v. 14, n. 3, p.783-794, 2009. ISSN 1678-4561. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso em: 02 dez. 2021.

LEE, V. J.; CHIEW, C. J.; KHONG, W. Xin. Interrupting Transmission of Covid-19: lessons from containment efforts in Singapore. **Journal of travel medicine**, v. 27, n. 3, p. taaa039, 2020.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle- Income Countries. **J Ambul Care Manage**, p. 32150-171, 2009.

MEDRONHO, R. **Covid-19: 'Brasil terá menos casos do que no pico, mas o suficiente para colapsar o sistema', diz especialista da UFRJ**. [Entrevista para o jornal O Globo]. Nov. 2020.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. Brasil, 2020.

NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* **Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 66, p. 158-64, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/rj/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia de covid 19**. on-line. s.d, 2021. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-Covid-19>. Acesso em: 05 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Poder Executivo. Ano XXXIV, n. 219, 19 jan. 2021. Disponível em: <https://doweb.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 13 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Poder Executivo. Ano XXXV, n.º 143, 30 set. 2021. Disponível em: <https://doweb.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária: abrangência do cuidado**. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [on-line]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805_por.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

TECPAR. Instituto de Tecnologia do Paraná. **Vacina russa será submetida à Anvisa até o fim de setembro**. Disponível em: <http://www.tecpar.br/Noticia/Vacina-russa->. Acesso em: 11 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Draft landscape of Covid-19 candidate vaccines**. Dez. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-Covid-19-candidate-vaccines>. Acesso em: 02 dez. 2021.

Posfácio

Atualmente, vivenciamos um dos maiores desafios do nosso século, que é a pandemia de Covid-19. Esta situação global gerou grande impacto nos sistemas de saúde, em diversas escalas. Este livro traz o registro dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) dos residentes multiprofissionais em Saúde da Família do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ.

O registro dessas vivências é de suma importância, pois a residência é uma formação em saúde diferenciada, que potencializa o encontro entre a teoria e a prática no contexto da vida. Por ser uma residência multiprofissional, almeja-se que os saberes de núcleo profissional sejam integrados e, com isso, a atenção e a produção do cuidado se dê de maneira ampliada.

O programa de residência multiprofissional em saúde da família foi estruturado e pensado na perspectiva de construção compartilhada do conhecimento, onde todos os atores se fortalecem, produzindo cuidado, conhecimento e ferramentas, de forma recíproca. Nesta perspectiva a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) desenha e fomenta que a educação permanente através do programa de residência esteja cada vez mais presente nas unidades de saúde da cidade.

Este livro traz os desafios enfrentados tanto para o programa de residência, na perspectiva da formação de profissionais de saúde no contexto da pandemia; como para os gestores e profissionais de saúde no enfrentamento da incerteza sobre uma nova doença, na criatividade para organizar os serviços de forma a abarcar as novas necessidades de saúde, nos impactos sobre a saúde mental da população e dos trabalhadores, na implantação de novas tecnologias, teleatendimentos, dentre outros desafios emergidos pela Covid-19.

Todas as situações abordadas no livro refletem a experiência dos autores, no campo de atuação prática durante a pandemia de Covid-19, em uma linguagem didática, clara e fluida. Os conteúdos estão organizados para estimular reflexões

críticas no que tange ao papel da APS na vida das pessoas; as ferramentas de gestão e organização dos serviços para lidar com o desconhecido; a articulação intersetorial como potência para o processo de cuidado em saúde; a saúde do trabalhador; dentre outras temáticas.

Iniciativas como esta são fundamentais para o fortalecimento do SUS, alicerçado no registro do processo de trabalho in loco, na reflexão à luz dos conceitos acadêmicos, e na produção de ferramentas teórico-práticas com modus operandi e seus desafios no contexto da saúde pública.

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde



Autores

Alan de Aquino Nogueira

Profissional de Educação Física pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Membro da Comissão de Saúde do Conselho Regional de Educação Física - 1ª Região (CREF1); Palestrante pelo Movimento Social DNA Educação Física.

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

Gestora de Recursos Humanos, especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); analista de gestão e docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Ana Laura Brandão

Nutricionista, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Pesquisadora em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, Docente e orientadora dos Mestrado Profissionais em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora adjunta, docente e coordenadora de Unidade do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz);

Tecnologista em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); docente colaboradora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Andreza da Silva Lopes

Assistente Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Angela Oliveira Casanova

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/Ensp/Fiocruz); docente e coordenadora de Unidade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz. Docente e orientadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP e do Mestrado Profissional em Atenção Primária da Ensp/Fiocruz.

Beatriz Marinho Silva Romão

Farmacêutica (Universidade Federal do Rio de Janeiro), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia Farmacêutica (UFRJ).

Bruna de Lima Ferreira

Nutricionista pela Universidade Veiga de Almeida. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo

Cruz (Ensp/Fiocruz). Nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

Bruno Bernacchi

Farmacêutico pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Farmacêutico da Unidade Básica de Saúde Dr. Mário Pardal do Morro do Estado no município de Niterói. Mestrando em química pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Camila Siqueira de Castro Ferreira

Psicóloga (UFF), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), mestranda em Estudos da Subjetividade pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (PPGP/UFF), pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/Fiocruz) e Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Clarice Lispector, no município do Rio de Janeiro.

Camila Prott Pessanha

Assistente social (UFRJ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).

Camila Santos Robles

Nutricionista pelo Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e pós graduanda em Direitos Humanos, Acessibilidade e Inclusão pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Carolina Feitoza da Silva Ramos

Enfermeira graduada e licenciada pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Carolina Manhães Moura Reis

Nutricionista, mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); Assessora Técnica em Saúde, Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos

Farmacêutica, Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz-RJ), Analista de Gestão em Saúde do Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (NAF), da ENSP/Fiocruz, Docente-orientadora do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Flavia Avelino Galvão de Moura

Enfermeira pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); acadêmica de medicina pela Universidade de Vassouras.

Daniel Soranz

Médico sanitarista, Doutor em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Mestre em Políticas Públicas de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela AMB, Professor/pesquisador da ENSP/FIOCRUZ.

Débora Duarte Batista

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Especialista em farmácia hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (UESA). Mestranda em microbiologia pelo Instituto de Microbiologia Paulo de Góes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Debora Silva do Nascimento Lima

Nutricionista (UFRJ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), pesquisadora do grupo de pesquisa CulinAfro (DGP/CNPq), mestranda no Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde do Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde (NUTES/UFRJ), Apoiadora Institucional da Atenção Básica no município de Cabo Frio/RJ.

Denise Cavalcante de Barros

Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Coordenadora do Laboratório de Ensino em Pesquisa em Alimentação e Nutrição (ENSP/Fiocruz); docente colaboradora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Elaine Medeiros do Nascimento.

Enfermeira, especialista em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Cândido Mendes (UCAM), especialista em clínica médica e cirúrgica pelo programa de residência da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); Assessor I da Coordenação de Atenção Primária, Área de Planejamento 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Emilene dos Santos Guimarães

Gestora de Recursos Humanos, Mestranda em Administração e Desenvolvimento Empresarial pela Universidade Estácio de Sá (UNESA); Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade Estácio de Sá (UNESA); Gerente Administrativa na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC).

Esther Beatrice da Silva Joaquim

Nutricionista (Faculdade Bezerra de Araújo-FABA), especialista em nutrição clínica (UFRJ); especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz); pós-graduanda em atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade (Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC); nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Clínica da Família Eidimir de Thiago de Souza e do CMS Nagib Jorge Farah, no município do Rio de Janeiro.

Fabiano de Araújo Neves

Enfermeiro (UFF), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz); enfermeiro na Clínica da Família Enfermeira Edma Valadão, no município do Rio de Janeiro.

Filipe da Silva Velozo

Profissional de Educação Física (UFRJ); mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF); especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz); especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social (ENSP/FIOCRUZ); especialista em Ciências da Performance Humana pelo Laboratório de Biometria (LADEBIO/UFRJ).

Gabriella Rocha Santos

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); especialista em Psicologia Clínica sob a abordagem da Gestalt-Terapia pelo Instituto de Gestalt-Terapia (IGT).

Geisa Moreira de Jesus

Farmacêutica, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / FIOCRUZ, Farmacêutica ESF, atuando na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.

Isabel Danielle de Moraes Silva Travaglini

Assistente Social. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); Pesquisadora/Entrevistadora no Projeto Nascer no Brasil 2 pela FIOCRUZ. Assistente Social Residente no programa Multiprofissional em Oncologia pelo INCA.

Janaína Vianna Balmant

Enfermeira, Mestranda em Atenção Primária à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); e Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); Assessora Técnica em Saúde, Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Júlia Batista Afonso

Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,

da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Pós- graduanda em Direitos Humanos, saúde e Racismo (Ensp/Fiocruz). Mestranda em Psicologia na linha de pesquisa de Processos Psicossociais em Saúde (UFJF).

Juliana Pereira Casemiro

Professora adjunta no Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/ UERJ), doutora em Educação em Ciência e Saúde pelo NUTES/ UFRJ, mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (2004) e graduada em Nutrição pela UERJ. Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional – Unirio e membro do Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional - FBSSAN

Larissa Borlin Ladeira Ontiveros

Cirurgiã-dentista, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / FIOCRUZ, pós graduanda em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas, atuando como dentista de família na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.

Luana de Castro

Cirurgiã- dentista (UVA), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), pós-graduanda em gestão em saúde pelo Centro Universitário União das Américas e gerente de serviços de saúde de uma Unidade Básica na Área Programática 5.1.

Luiz Albérico Araújo Montenegro

Odontólogo, doutor em Epidemiologia em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisador/docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Planejamento em Saúde.

Marcos Paulo de Oliveira Matos

Odontólogo pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em prótese dentária pela Universidade de São Paulo. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família na rede municipal de Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

Maria Luiza Silva Cunha

Psicóloga (UFF), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/ Fiocruz); professora pesquisadora aposentada da Fundação Oswaldo Cruz; pesquisadora em saúde pública assistente do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/ Ensp/Fiocruz);

Maria Carolina Rezende Simonsen

Psicóloga, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / FIOCRUZ, Mestranda pelo programa Formação Interdisciplinar em Saúde pela Universidade de São Paulo, atualmente compõe a equipe de saúde mental do Ambulatório de Especialidades do município de São Paulo.

Mariana Espíndola Robin

Nutricionista, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / FIOCRUZ, mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, atuando na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.

Mirna Barros Teixeira

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais na Ensp/Fiocruz. Docente e orientadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP e do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, ENSP; Coordenadora Geral, docente e coordenadora de Unidade do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Natasha de Jesus de Carvalho

Profissional de Educação Física, Pós Graduada em Treinamento de Força pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / FIOCRUZ, atuando na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.

Paulo Rogério Nunes Barbosa

Cirurgião-Dentista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Pós-graduando em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Dentista de família na Clínica da Família Cantagalo Pavão Pavãozinho na área programática 2.1 no município do Rio de Janeiro.

Rafael Fernandes Tritany

Farmacêutico (UFRJ), especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), especialista em Farmácia Hospitalar, pós-graduando em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

Taylallany Zimmerer Silveira

Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora da Atenção Básica do Município de Mesquita.

Thiago Wendel Gonzaga da Silva

Enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva e Políticas Públicas pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), especialista em Gestão em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ); Coordenador Geral de Atenção Primária, Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Vanessa Costa e Silva

Odontóloga, doutorado em Saúde Pública pela ENSP/ Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é coordenadora do Curso de Especialização Gestão em Saúde e docente do mestrado profissional em APS. Pesquisadora no grupo de pesquisa Modelos avaliativos e organizacionais em atenção primária à saúde (APS) em contextos territoriais.

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



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora



redeunida

ISBN 978-85-54329-75-4

