

Série Saúde & Amazônia; 23

PRÁTICAS SOCIAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA **AMAZÔNIA:** esperançando novos mundos.

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Sônia Maria Lemos
Ana Elizabeth Sousa Reis

Série Saúde & Amazônia, **23**

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Sônia Maria Lemos
Ana Elizabeth Sousa Reis

PRÁTICAS SOCIAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA AMAZÔNIA:

esperançando novos mundos

1ª Edição
Porto Alegre, 2022
Rede UNIDA



REALIZAÇÃO:



Ministério da Saúde

ROCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LUSOBRASILEIRO
DE MEDICINA TROPICAL
E DOCTIZ AMAZÔNIA



LAHPSA

LABORATÓRIO DE
ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA



FAPEAM

FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA
DE SAÚDE PÚBLICA

Secretaria de
Desenvolvimento
Econômico, Ciência,
Tecnologia e Inovação



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

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

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha.
Angelo Stefanini - Università di Bologna, Itália.
Ardigó Martino - Università di Bologna, Itália.
Berta Paz Llorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha.
Celia Beatriz Iriart - University of New Mexico, Estados Unidos da América.
Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Érica Rosalba Mallmann Duarte - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.
Heider 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 Bôer 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 Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil.
Sara Donetto - King's College London, Inglaterra.
Sueli Terezinha Goi Barrios - Associação Rede Unida, Brasil.
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil.
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil.
Vera Maria da Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.
Vincenza Pellegrini - Università di Parma, Itália.



Comissão Executiva Editorial
Jaqueline Miotto Guarnieri
Renata Riffel Bitencourt
Alana Santos de Souza

Projeto Gráfico Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA
Diagramação
Beast Design

Arte da Capa
Rai Campos (Raiz)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P912

Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos/ Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Sônia Maria Lemos, Ana Elizabeth Sousa Reis.

1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022.
ISBN: 78-65-5462-023-9

320 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.23). E-book: **PDF**
DOI: 10.18310/786554620239

1. COVID-19. 2. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade 3. Amazonas. 4. Comportamento Social I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 950

CCDU 364.69

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

Copyright © 2022 Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Sônia Maria Lemos, Ana Elizabeth Sousa Reis.

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

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFR-GS) e Dr. Paulo de **Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

Esta publicação foi realizada a partir de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e desenvolvido pelo Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia, com a colaboração de alunos, pesquisadores, trabalhadores e gestores de diferentes instituições e municípios do Estado do Amazonas. Os manuscritos foram avaliados pela equipe organizador do livro.

E-mail: **lahpsa.ilmld@fiocruz.br**

PRÁTICAS SOCIAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA AMAZÔNIA:

esperançando novos mundos

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Sônia Maria Lemos, Ana Elizabeth Sousa Reis, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, William Pereira Santos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar Schweickardt; FERLA, Alcindo Antônio; GUEDES, Thalita Renata Oliveira das Neves; SANTOS, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos; LEMOS, Sônia Maria; REIS, Ana Elizabeth Sousa (org.). Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperançando novos mundos. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9

1ª Edição
Porto Alegre/RS 2022
Rede UNIDA



SUMÁRIO

PREFÁCIO

Gli effetti del Covid "nel territorio": manifesto per la umanizzazione della conoscenza sulla produzione di salute

08

Os efeitos da Covid "no território": manifesto pela humanização do conhecimento sobre a produção da saúde

14

Maria Augusta Nicolí

Territorios dinamicos y sistemas de salud resilientes: hacia la salud universal

20

Territórios dinâmicos e sistemas de saúde resilientes: rumo a saúde universal

26

Alexandre de Souza Ramos - Florêncio

PRIMEIRA SEÇÃO

Esperando novos mundos: práticas sociais e saberes em tempos da Covid-19 no território líquido

32

33

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Sônia Maria Lemos, Ana Elizabeth Sousa Reis

Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento

51

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla

Enfrentamento à pandemia de Covid-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas

68

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Fabiana Mânica Martins, Ana Elizabeth Sousa Reis, Giovanna Moreira Leal Fernandes

A gestão e o cuidado em saúde no período pandêmico: falas e narrativas de gestores e trabalhadores do Amazonas

95

Lupuna Corrêa de Souza, Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla

SEGUNDA SEÇÃO

"Corredeira, levando a canoa": a gestão e o cuidado em saúde na pandemia em Boca do Acre, Amazonas

125

126

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Júlio Cesar Schweickardt, Manuel Barbosa de Lima, Márcia dos Santos Saraiva

Carauari no enfrentando à pandemia: entre a eficácia do trabalho em saúde e a falácia medicamentosa

155

Joana Maria Borges de Freitas, Sônia Maria Lemos, Raimundo Maia, Júlio Cesar Schweickardt

O enfrentamento da pandemia de Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde no interior do Amazonas

165

Diana Andreza Rebouças Almeida, Gabriel Romero, João Lucas da Silva Ramos, Rosângela Maria Barbosa de Melo, Vanessa Ramos Cardoso, Sônia Maria Lemos

Manacapuru e as medidas de enfrentamento à pandemia sob a ótica dos usuários e trabalhadores da saúde

184

Amanda Gabriella Oliveira Tundis, Viviane Lima Verçosa, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Alcindo Antônio Ferla, Júlio César Schweickardt

Ressoam em nós as marcas do que vivemos: a micropolítica do trabalho na visão de profissionais e gestores em Manicoré, AM	198
<i>Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Fabiana Mânica Martins, Sônia Maria Lemos, Maria Adriana Moreira, Júlio Cesar Schweickardt</i>	
As temporalidades da pandemia na terra do Boi Bumbá, Parintins, Amazonas ...	215
<i>Júlio Cesar Schweickardt, Elaine Pires Soares, Luene Silva Costa Fernandes, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt</i>	
O enfrentamento à pandemia em Presidente Figueiredo, Amazonas: entre quedas d'água, movimentos intersetoriais criativos para mitigar os efeitos da Covid-19	229
<i>Lupuna Corrêa de Souza, Carlos Gabriel de Souza Soares, Sônia Maria Lemos, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Júlio Cesar Schweickardt, Camilla Maria Nery Baracho de França, Rodrigo Tobias de Sousa Lima</i>	
O Cuidado em saúde na dimensão transfronteiriça: gestão e trabalho numa pandemia	237
<i>Júlio Cesar Schweickardt, Ana Elizabeth Sousa Reis, Cristiane Ferreira da Silva, Janayla Bruna Almeida de Oliveira, Viviane Lima Verçosa, Klaus Estivens Lima Salazar, Jackeline Cristina Duque Ocampo</i>	
O que dizem os aspectos locais sobre os efeitos da Covid na organização da vida em Tefé, AM	253
<i>Fabiana Mânica Martins, Lupuna Corrêa de Souza, Kátia Lima de Menezes, Mariana Moreira Tenório de Holanda, Alcindo Antônio Ferla, Fabiane Vinente dos Santos</i>	
Movimentos da saúde em Itacoatiara, AM: da pintura na pedra às marcas da pandemia	269
<i>William Pereira Santos, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Sônia Maria Lemos, Gabriel Romero, Bianca da Silva Mar, Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla</i>	
TERCEIRA SEÇÃO	
Chegou à pandemia na ilha Tupinambarana: reorganizar o pensamento, as ações e os cuidados	288
<i>Sonaira Serrão Castro Ribeiro</i>	289
Sobrevivente do misterioso	293
<i>Bruno de Souza Lourenço</i>	
Experiências e vivências do “novo” na saúde: o susto após o almoço	296
<i>Josafá Vieira dos Santos</i>	
Memórias da pandemia da Covid-19, no contexto do trabalho em home office em Parintins/AM	298
<i>Daizes Caldeira Pimentel</i>	
As vivências, afecções e reflexões na pandemia de Covid-19 num lugar chamado Parintins	305
<i>Elaine Pires Soares</i>	
SOBRE OS AUTORES E AUTORAS	309

PREFÁCIO

GLI EFFETTI DEL COVID “NEL TERRITORIO”: manifesto per la umanizzazione della conoscenza sulla produzione di salute

Maria Augusta Nicoli

INTRODUCIENDO LE IDEE

Ho ricevuto con gioia l'invito a scrivere questa prefazione del libro "Pratiche sociali di fronte alla pandemia in Amazonia: sperare in nuovi mondi", organizzato da Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e altri colleghi del Laboratorio di storia, politiche pubbliche e salute in Amazonia (LAHPSA), dell'ILMD/Fiocruz-Amazônia. Gioia non solo per aver conosciuto la serietà e l'intensità del lavoro dei colleghi della LAHPSA nello studio delle problematiche amazzoniche, ma soprattutto per riscontrare che nelle politiche e nelle pratiche di cura, con è presente una sensibilità molto acuta agli aspetti culturali. Essendo appena tornata da un viaggio all'interno dell'Amazzonia dei negli stati de Amazonas y Pará, ho sentito il mio corpo vibrare in relazione ad alcuni capitoli e passaggi del libro. Questa esperienza ha posto alcune nuove domande al mio pensiero sul territorio, che sono state aggiornate nella tectura scrittura di questo testo.

Ormai non posso più pensare al territorio come un luogo separato da me stessa: “io, noi e il territorio”. “*Noi siamo territorio*”, ci suggeriscono i popoli originari dell'Amazzonia, dove sono ancora vive le culture ancestrali.

Quindi la riflessione evocata dal titolo “*nel territorio*” porta a rivisitare tanti discorsi fatti in questo periodo sul “covid” e svelare le distorsioni a cui ci ha portato.

IL SIGNOR “COVID”: LA DEUMANIZZAZIONE DEI TERRITORI

Come sottolineato da Valtorta *et al.* (2021) è proprio il caso di ricordarlo che nel corso di situazioni estreme come quella della pandemia si generano fenomeni definiti di de-umanizzazione in cui si sottrae umanità agli altri. Una delle forme è quella della biologizzazione ovvero quando gli altri sono considerati come virus, “*sono virus*” vanno combattuti, si deve procedere con la purificazione e riconoscere/isolare tempestivamente gli untori.

Nelle pratiche quotidiane messe in campo durante le fasi acute della pandemia, si è riscontrato il processo di deumanizzazione nel linguaggio utilizzato, come ad esempio *“gli sporchi, il percorso sporco sono rispettivamente i pazienti covid positivi e i percorsi assistenziali a loro dedicati per l'ingresso alle strutture sanitarie. Inoltre nell'indagine epidemiologica tesa alla ricerca dei contatti <<stretti>>, la martellante produzione di tabelle con i numeri dei contagiati, la persona si trasforma in persona/virus”*.

È comprensibile che la rilevanza di questo fenomeno influenzi e porti a rafforzare la logica di pratiche di controllo così come le stesse descrizioni ufficiali richiamano e il linguaggio e le scelte organizzative rafforzano.

Così nella pratica quotidiana la punteggiatura del percorso assistenziale in una delle attività ritenute fondamentali per “*combattere*” la pandemia – il contact tracing – si è caratterizzata per l'uso di un lessico eloquente basato sul controllo: “*isolamento e ti libero*” e così l'assistenza è definita come “*sorveglianza*” esercitata da una figura denominata “*sorvegliante*”.

In particolare nell'approfondimento descritto nel lavoro di ricerca etnografico sul “*contact tracing*” (Nicoli *et al.*, 2022) per il malato di covid la vigilanza sanitaria significava entrare in un percorso scandito da una e-mail per l'inizio dell'isolamento a cui segue il contatto del “*sorvegliante*”. Che effetto produce nell'assistito che in questo modo non viene riconosciuto come tale ma come “*sorvegliato*”?

Le testimonianze degli utenti sono particolarmente significative. Riportano il proprio vissuto come quello di un recluso, di prigioniero, fino a rassegnarsi all'impotenza. Oppure testimonianze in cui l'utente avvia delle negoziazioni sui termini della propria “*liberazione*”, osando anche dichiarare ragioni del tutto personali e giudicate inammissibili: “*devo fare il testimone ad un matrimonio potrei essere liberato un giorno prima?*”.

Se la pratica quotidiana propende verso forme di controllo dove la malattia è sullo sfondo, si rilevano anche segnali di attenzione, e come negli interstizi or-

ganizzativi si inserisce la “voce” di quella singolarità, soggettività che rivendica di essere considerato come persona malata.

Interessante rilevare che nell’attività del contact tracing, l’operatore diventa interlocutore diretto di una moltitudine di esistenze a cui è difficile rimanere indifferenti.

I dettagli che emergono nel corso dei contatti telefonici degli operatori con l’utente permettono di aprire un varco nella visione di pratiche centrate sul controllo e di *“guerra al virus”*. I dettagli cessano di essere marginali perché si scopre che fanno parte della esistenza di persone, che il covid è una malattia che si inserisce nella loro vita quotidiana. Ad esempio emerge che una famiglia in isolamento non sa come fare con il cane. Plausibile domandarsi chi lo porta fuori e a chi rivolgersi? Un giovane covid positivo dichiara di non aver soldi perché non ha ancora ricevuto lo stipendio e non può provvedere ai propri pasti. Che fare? Oppure non è possibile rilevare la temperatura da parte dell’utente: *“perché non ha il termometro”*. O ancora quando si raccomanda un isolamento completo al paziente covid positivo in una propria camera ecc. la risposta è: in 90 metri quadri come si riesce a farlo con una famiglia numerosa?

Il confronto con questi “dettagli” frutto delle domande che gli operatori rivolgono agli utenti per il *“contact tracing”* rimandano alla complessità del processo di lavoro quotidiano verso cui gli operatori sembra che non abbiano modo di farvi fronte.

Trovare il giusto equilibrio è una necessità e non serve seguire scorciatoie di evitamento (rimanere fedeli alle domande del protocollo ecc.) che rischiano di amplificare una danza perversa di polarizzazione.

Il monitoraggio infatti, quando assume il significato di controllo porta alle seguenti reazioni da parte degli utenti: *“voi chiudete le famiglie”*, *“ma basta con questi tamponi inutili, spendete i miei soldi...”*, *“invadete la mia libertà, sono obbligata ad andare a fare il tampone?”*.

Non è facile reggere a questi attacchi. Lasciati soli gli operatori, nello spazio comune del contact tracing non è raro che emerga lo sfogo, il disappunto per essere trattati “ingiustamente” in quanto come operatori si cerca di essere attenti all’interlocutore ed utili al buon esito del percorso.

La reazione allora, è quella di ricorrere al distanziamento spogliando l’altro di tratti *“umani”*, attraverso riti di gruppo, giudizi valutativi, l’affermare di dover rispettare le regole e da ultimo: *“se non segue le indicazioni le mando le forze dell’ordine (funziona sempre)”*.

In linea con queste idee, i capitoli che compongono il libro in uscita dimostrano uno sforzo teorico e metodologico, ma anche una sensibilità all'ascolto del territorio liquido, una categoria empirica che è stata formulata in LAHPSA, dove l'ambiente appare nella sua interezza, con tutti gli esseri che lo abitano, umani e non umani, come agenti della malattia e del confronto con la pandemia. Le persone che svolgono la vita quotidiana nel territorio liquido, con i loro tempi e con i loro movimenti, hanno voce nelle analisi del libro.

TESTIMONIANZA DI UN OPERATORE DEL CONTACT TRACING:

"A volte, nel momento del contatto telefonico, soprattutto quando all'altro capo della cornetta trovi un atteggiamento di diffidenza, c'è il rischio di far passare l'isolamento solo come un "ordine imposto" senza motivare adeguatamente l'importanza dell'isolamento domiciliare, senza spiegare che l'isolamento ha una certa durata in relazione al periodo d'incubazione del virus, senza soffermarsi sui rischi (non legali, ma sanitari) legati al non rispettare le tempistiche di isolamento idonee etc. Forse a volte aiuterebbe stimolare il senso civico e di responsabilità individuale e collettiva delle persone, a maggior ragione se durante il contatto telefonico l'atteggiamento di diffidenza si esplicita in forma di dubbi e perplessità. Tante volte ci sono stati casi di persone che hanno rettificato un tipo di contatto o la data dell'ultimo contatto di fronte al timore dell'isolamento, di fronte a questo ordine. Forse stimolare il senso di responsabilità individuale durante il contatto telefonico in alcuni casi potrebbe essere utile sia al privato cittadino per accettare con una coscienza diversa l'isolamento, sia al Dipartimento di Sanità Pubblica stesso per evitare di trovarsi a fare i conti con richieste di fine isolamento anticipate, rettifiche di comunicazioni effettuate in precedenza o descrizioni di comportamenti poco credibili (mi vengono in mente, per esempio, le richieste di una madre di "liberare la famiglia", riferendo di aver isolato la bambina 3 giorni prima che iniziassero a comparire i sintomi "per sicurezza")."

L'oggettivazione dell'esperienza dei lavoratori, la naturalizzazione della dimensione biologica della pandemia, la tecnicizzazione delle risposte ufficiali, la messa a tacere degli effetti singolari e diversi; tutto questo costruisce un'altra pandemia, che non è quella che produce effetti sui modi di vita in ogni territorio. La pandemia è multiforme, come la salute di ogni luogo, e lo studio dei suoi effetti non può prescindere da queste dimensioni.

Ascoltare le voci dei diversi attori è anche una strategia metodologica per comprendere le complesse dimensioni del confronto con la pandemia. Soprattutto se consideriamo che la pandemia continua a manifestarsi attraverso ondate ed è già noto che i suoi effetti si diffonderanno nei prossimi anni e decenni, ora chiamati "long-covid".

IL LONG-COVID: MALATTIA CRONICA O CRONICIZZAZIONE

Nell'ambito degli studi sul long-covid dove lentamente si fa strada l'idea della catena causale costituita dal virus che determina la malattia acuta e come questa si trasforma in condizione cronica, si annida un altro fronte critico.

Si parla infatti del Long-Covid in termini di condizione clinica caratterizzata dal mancato ritorno da parte del paziente affetto da Covid-19 allo stato di salute precedente l'infezione acuta.

Si intravede in questa lettura semplificata, ricondotta ancora una volta ad un approccio prevalentemente di tipo bio-medico, l'oscuramento dell'idea che l'epidemia è una malattia collettiva a cui si deve rispondere in modo collettivo.

Le dichiarazioni in cui si affermava nelle fasi iniziali della diffusione del virus, che la pandemia ci permetteva di rispondere in modo negativo all'interrogativo se riportare il mondo nella situazione in cui si trovava prima del coronavirus, si stanno indebolendo sempre più. Le posizioni di allora, orientate verso l'impegno di ridisegnare il mondo daccapo sono rimaste mete non raggiunte, così come si preannunciava in un contributo stimolato nei primi mesi di lockdown (Nicoli *et al.*, 2020).

Sembra sempre più difficile accettare che il long-covid si possa considerare all'interno del paradigma della cronicizzazione e quindi come percorso che fonda le proprie radici in processi causali “carsici” non sempre manifesti proprio perché le interrelazioni che hanno reso possibile l'insorgenza e poi la diffusione della malattia, non sono solo attribuibili al virus.

Ciò che preoccupa anche in questo caso sono le conseguenze pratiche perché la ripresa degli obiettivi di cambiamento verso la “cura” anziché la “guarigione”, verso servizi che si muovono verso obiettivi di integrazione, territorializzazione, prossimità ecc. hanno subito un arresto.

TRACCE DI UTOPIA

C'è chi non “dimentica” quindi il passato riesce a collegarlo al futuro. Ci sono culture che si nutrono di saperi in grado di rendere possibile questo processo di connessione.

Sono questi saperi che ci permettono di affermare di poter utilizzare antidoti al diffondersi di visioni che si insinuano e minano la speranza nei percorsi di mutamento per un “mondo altro” rispetto a quello che avevamo prima della pandemia.

Nei capitoli dei libri, nelle ricerche e nelle altre iniziative del Laboratorio LAHP-SA sono presenti le tracce di utopia che ci servono. Ci vengono presentati modi per riconoscere l'umanità della conoscenza dei territori, della formazione degli operatori sanitari e del sostegno ai movimenti sociali, in un movimento di produzione di salute e di politiche pubbliche che non è stabile e armonioso, ma che esplode con l'energia del banzeiro.

Che la lettura degli scritti da parte di ciascuno abbia il potere di creare connessioni dense e mobilitare il corpo, come è successo a me. Facciamo fluire più salute nei territori, che sono liquidi anche per dare sostegno a nuovi percorsi. I territori liquidi sono anche connessioni tra il locale e il globale! L'Italia e l'Amazzonia si uniscono nell'ascolto dei saperi tradizionali e ancestrali, nei passaggi di ogni pagina del libro.

Buona lettura!

OS EFEITOS DA COVID "NO TERRITÓRIO": manifesto pela humanização do conhecimento sobre a produção da saúde

Maria Augusta Nicoli

APRESENTANDO AS IDEIAS

Foi com muita alegria que recebi o convite para escrever este prefácio do livro *"Práticas Sociais Diante da Pandemia na Amazônia: Esperando por Novos Mundos"*, organizado por Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e demais colegas do Laboratório de História, Laboratório de Políticas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do ILMD/Fiocruz-Amazônia. Alegria não só por já conhecer a seriedade e a intensidade do trabalho dos colegas do LAHPSA no estudo dos problemas amazônicos, especialmente nas políticas e práticas de cuidado, com uma sensibilidade muito aguda para os aspectos culturais. Recém-chegada à Itália de uma viagem pela Amazônia dos estados do Amazonas e Pará, senti meu corpo vibrar em relação a alguns capítulos e passagens do livro. Essa experiência trouxe algumas novas questões ao meu pensamento sobre o território, que foram atualizadas no texto deste texto.

Agora não consigo mais pensar no território como um lugar separado de mim: *"eu, nós e o território"*. *"Somos território"*, sugerem os povos originários da Amazônia, onde as culturas ancestrais ainda estão vivas.

Assim, a reflexão evocada pelo título *"no território"* leva-nos a revisitar muitos discursos feitos neste período sobre a *"Covid"* e a revelar as distorções a que nos tem conduzido.

SENHOR "COVID": A DESUMANIZAÇÃO DOS TERRITÓRIOS

Conforme apontado por Valtorta *et al.* (2021), é oportuno lembrar que em situações extremas como a da pandemia, são gerados fenômenos definidos de desumanização em que a humanidade é retirada dos outros. Uma das formas é a da biologização ou quando as outras são consideradas como vírus, *"são vírus"* devem ser combatidas, devemos proceder à purificação e prontamente

reconhecer/isolar os infetantes.

Nas práticas cotidianas instituídas durante as fases agudas da pandemia, constatou-se o processo de desumanização na linguagem utilizada no interior dos serviços de saúde, como por exemplo “o sujo”, o caminho sujo são respectivamente os pacientes positivos de covid e os caminhos de cuidado a eles dedicados para entrada nas unidades de saúde. Além disso, na investigação epidemiológica destinada a encontrar contatos “*próximos*”, arrematando a produção de tabelas com os números dos infetados, a pessoa transforma-se em pessoa/vírus.

É compreensível que a relevância desse fenômeno influencie e leve ao fortalecimento da lógica das práticas de controle, assim como as próprias descrições oficiais lembram e a linguagem e as escolhas organizacionais reforçam.

Assim, na prática cotidiana, a pontuação do percurso de cuidado numa das atividades consideradas fundamentais para o “*combate*” à pandemia – o rastreamento de contatos – caracterizou-se pela utilização de um léxico eloquente assentado no controle: “*isola-te e te libertarás*” e assim a assistência é definida como “*vigilância*” exercida por uma figura denominada “*fiscal sanitário*”.

Em particular, no aprofundamento descrito no trabalho de pesquisa etnográfica sobre “*rastreamento de contato*” (Nicoli et al., 2022) para a pessoa com covid, a vigilância em saúde significou trilhar um caminho marcado por um e-mail para o início do isolamento em seguido pelo contato do “*fiscal sanitário*”. Que efeito ela produz no assistido que assim não é reconhecido como tal, mas como “*supervisionado*”?

Depoimentos de usuários são particularmente significativos. Relatam a própria experiência como de reclusão, de prisioneiro, a ponto de se resignarem à impotência. Ou depoimentos em que o usuário inicia negociações sobre os termos de sua própria “*libertação*”, ousando mesmo declarar motivos inteiramente pessoais e julgados inadmissíveis na lógica assistencial: “*Tenho que ser padrinho de casamento, poderia ser liberado um dia antes?*”.

Se a prática cotidiana pende para formas de controle onde a doença está em segundo plano, há também indícios de atenção, e a forma como se insere nos interstícios organizativos a “*voz*” da produção da identidade incide sobre a pessoa que se pretende considerada como pessoa doente.

Interessante notar que na atividade de rastreamento de contatos, o operador sanitário se torna um interlocutor direto de uma infinidade de existências às quais é difícil ficar indiferente.

Os pormenores que vão surgindo durante os contatos telefônicos dos operadores sanitários com os usuários dos serviços nos permitem abrir uma lacuna na visão de práticas centradas no controlo e na *“guerra contra o vírus”*. Os detalhes deixam de ser marginais porque se verifica que fazem parte da existência das pessoas, que a covid é uma doença que se encaixa no seu quotidiano. Por exemplo, verifica-se que uma família isolada não sabe o que fazer com o cachorro. É plausível perguntar quem o retira e quem contatar? Um jovem positivo para covid afirma que não tem dinheiro porque ainda não recebeu o salário e não consegue prover as próprias refeições. O que fazer? Ou: não é possível detectar a temperatura pelo usuário: *“porque ele não tem termômetro”*. Ou, ainda, quando é recomendado o isolamento completo ao paciente covid positivo em seu próprio quarto, etc. e a resposta é: em 90 metros quadrados como fazer com uma família numerosa?

A comparação com estes *“detalhes”* resultantes das questões que os operadores dirigem aos utilizadores para *“rastreamento de contatos”* remetem para a complexidade do processo de trabalho quotidiano com o qual os operadores parecem não ter como fazer face.

Encontrar o equilíbrio certo é uma necessidade e não há necessidade de seguir atalhos de padronização (manter-se fiel às questões protocolares, etc.) que ampliam o risco de tornar o cuidado uma dança perversa de polarizações. De fato, quando o monitoramento dos doentes assume o sentido de controle, ele provoca as seguintes reações das usuárias: *“vocês encarceram as famílias”*, *“mas chega desses exames inúteis, fazem gastar meu dinheiro...”*, *“invadem minha liberdade, eu sou obrigado a fazer o exame?”*

Não é fácil resistir a esses ataques. Ao deixar os operadores sanitários atuarem isoladamente no espaço comum de rastreamento de contatos não é infrequente que surja o desabafo, a decepção de serem tratados *“injustamente”*, pois as operadoras procuram estar atentas ao interlocutor e úteis para o bom andamento do processo.

A reação então é recorrer ao distanciamento, despojando o outro dos traços *“humanos”*, por meio de rituais grupais, julgamentos avaliativos, afirmando que é preciso respeitar as regras e por último: *“se você não seguir as instruções, mando as forças da ordem (sempre funciona)”*.

Alinhados a essas ideias, os capítulos que compõem o presente livro demonstram um esforço teórico e metodológico, mas também uma sensibilidade para a escuta do território líquido, categoria empírica que vem sendo formulada no LAHPSA, onde o ambiente aparece em sua totalidade, com todos os seres que a habitam, humanos e não humanos, como agentes da doença e do enfrenta-

mento da pandemia. As pessoas que vivem seu cotidiano no território líquido, com seus tempos e seus movimentos, têm voz nas análises do livro.

DEPOIMENTO DE UM OPERADOR DE RASTREAMENTO DE CONTATO

“Por vezes, no momento do contacto telefónico, sobretudo quando do outro lado da linha se encontra uma atitude de desconfiança, corre-se o risco de passar o isolamento apenas por uma “ordem imposta” sem justificar adequadamente a importância do isolamento, sem explicar que o isolamento tem uma certa duração em relação ao período de incubação do vírus, sem insistir nos riscos (não legais, mas de saúde) associados ao não respeito dos tempos de isolamento adequados, etc. Talvez, por vezes, ajude a estimular nas pessoas o sentido do dever cívico e a responsabilidade individual e coletiva, ainda mais se durante o contacto telefónico a atitude de desconfiança se exprime sob a forma de dúvidas e perplexidades. Muitas vezes houve casos de pessoas que retificaram um tipo de contato ou a data do último contato diante do medo do isolamento, diante dessa ordem. Talvez estimular o senso de responsabilidade individual durante o contato telefónico em alguns casos possa ser útil tanto para que o particular aceite o isolamento com uma consciência diferente, quanto para que a própria Secretaria de Saúde Pública evite ter que lidar com pedidos de isolamento antecipado, correções de comunicações anteriores ou descrições de comportamentos pouco credíveis (por exemplo, vêm à mente os pedidos de uma mãe para “libertar a família”, relatando que tinha isolado a criança 3 dias antes dos sintomas “por segurança”).”

A objetivação da experiência dos trabalhadores, a naturalização da dimensão biológica da pandemia, a tecnicização das respostas oficiais, o silenciamento dos efeitos singulares e diferentes; tudo isso constrói outra pandemia, que não é a que produz efeitos nos modos de vida de todos os territórios. A pandemia é multifacetada, como a saúde de todos os lugares, e o estudo de seus efeitos não pode ignorar essas dimensões.

Ouvir as vozes dos vários atores é também uma estratégia metodológica para compreender as dimensões complexas do enfrentamento da pandemia. Principalmente se considerarmos que a pandemia continua a se manifestar em ondas e já se sabe que seus efeitos se espalharão pelos próximos anos e décadas, agora chamados de “Covid longa”.

O COVID LONGA: DOENÇA CRÔNICA OU CRONICIDADE

No âmbito dos estudos sobre a covid longa, em que lentamente avança a ideia da cadeia causal constituída pelo vírus que determina a doença aguda e como ela se transforma em condição crônica, se adentra outra questão crítica.

Na verdade, falamos de Covid Longa para definir um quadro clínico caracterizado pela incapacidade do doente acometido pela Covid-19 de regressar ao estado de saúde anterior à infecção aguda.

Nessa leitura simplificada, reconduzida a uma abordagem predominantemente biomédica, vislumbra-se o obscurecimento da ideia de que a epidemia é uma doença coletiva à qual se deve responder coletivamente.

As declarações feitas nos estágios iniciais da propagação do vírus de que a pandemia nos permitiria dar uma resposta negativa à questão de retornar o mundo à situação em que se encontrava antes do coronavírus estão enfraquecendo cada vez mais. As posições da época, orientadas para o compromisso de redesenhar o mundo de novo, permaneceram como metas não alcançadas, conforme anunciado em aporte estimulado nos primeiros meses do lockdown (Nicoli *et al.*, 2020).

Parece cada vez mais difícil aceitar que a Covid Longa possa ser considerada dentro do paradigma da cronicidade das doenças e, portanto, como um caminho que tem suas raízes em processos causais “*invisíveis*”, que nem sempre se manifestam justamente pelas inter-relações que possibilitaram o início e depois a propagação da doença, e que não são apenas atribuíveis ao vírus.

O que preocupa também, neste caso, são as consequências práticas do cuidado, porque a retomada dos objetivos de mudança que está entre a “*cura*” e o “*curar*”, para serviços que caminhem para a integração, territorialização, proximidade, etc. Eles ficaram presos no léxico do cuidado.

TRAÇOS DE UTOPIA

Há quem não “*esqueça*” a experiência prévia para que o passado seja capaz de conectá-lo ao futuro. Existem culturas que se alimentam de conhecimentos capazes de possibilitar esse processo de conexão.

É este conhecimento que nos permite afirmar que podemos usar antídotos contra a propagação de visões que se insinuam e minam a esperança nos caminhos da mudança para um “*outro mundo*” que não aquele que tínhamos antes da pandemia.

Os vestígios da utopia de que precisamos estão presentes nos capítulos dos livros, nas pesquisas e nas demais iniciativas do Laboratório LAHPSA. Apresentam-nos formas de reconhecer a humanidade dos saberes locais, da formação dos trabalhadores da saúde e do apoio aos movimentos sociais, num movimento de produção de saúde e de políticas públicas que não é estável e harmonioso, mas que explode com a energia do banzeiro que forma as ondas

dos rios amazônicos graças ao vento, a passagem de barcos, a colisão de materiais na superfície do rio, a movimentação de peixes e animais no leito do rio. Que a leitura de todos os escritos tenha o poder de criar conexões densas e mobilizar o corpo, como aconteceu comigo. Façamos fluir mais saúde nos territórios, que também são líquidos para sustentar novos caminhos. Os territórios líquidos são também conexões entre o local e o global! A Itália e a Amazônia se unem na escuta dos saberes tradicionais e ancestrais, nas passagens de cada página do livro.

Aproveite a leitura!

REFERÊNCIAS

Nicoli M.A., Pellegrino V., Rodeschini G., Vivoli V. (2020) Per i servizi è tempo di allargare lo sguardo, **Animazione Sociale**, n.3, 335, pp.16-27.

Nicoli M. A, Benedetti C., Bonetti M., Casaletti G., Carluccio M.T., Čavić M., Pancirol G., Sanseverinati S., Serafini V. (2022) Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19 in D'Apice C. e Sarli L. (a cura di) **La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia**, Editora Rede Unida, Porto Alegre, pp.113-141.

Valtorta R.R., Baldissarri C., Volpato C., Andrighetto L. (2021) Intergroup biologization and outgroup prejudice in the time of Covid-19, **Journal of Applied Social Psychology**, 52(1): 37-50.

TERRITORIOS DINAMICOS Y SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES: hacia la salud universal

Alexandre de Souza Ramos-Florêncio

INTRODUCCIÓN

Con gran entusiasmo recibí la invitación para escribir este prefacio al libro "Prácticas Sociales Frente a la Pandemia en la Amazonía: Esperançando Nuevos Mundos", organizado por el Laboratório de História, Políticas y Salud en la Amazonía (LAHPSA), del ILMD/Fiocruz-Amazônia, a través de los profesores Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla y otros colegas. Mi felicidad no solo por conocer el importante trabajo de los investigadores de LAHPSA en el desarrollo de estudio sobre los principales desafíos para el territorio de la Amazonia en Brasil, y entre estos, las discusiones sobre organización de los sistema de salud para brindar atención en salud en los territorios de difícil acceso y a las poblaciones y comunidades históricamente olvidadas; y también por temas de políticas de salud y prácticas de cuidado, participación social, siempre con un componente central a la interculturalidad. El pensamiento sobre los territorios vivos y dinámicos (Santos, 1994) y las lecciones aprendidas de todo el contexto pandémico son fundamentales para poner en análisis la resiliencia de los Sistemas locales y su capacidad para adaptarse ante situaciones que desafían las capacidades de la red de servicios y las competencias de los profesionales de salud. Tenemos utilizado las producciones de los investigadores de LAHPSA en actividades de enseñanza y análisis de sistemas y servicios de salud hace a algún tiempo, con contribuciones bastante relevantes.

Mi reflexión en este caso, parte de los Sistemas de Salud Resilientes y está basada en los principios de la Atención Primaria, con especial énfasis a la orientación familiar, comunitaria e intercultural, como es el caso de Brasil, a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y otros países de la Región de las Américas. Desde hace año los territorios enfrentan desafíos para la implementación de atributos fundamentales como acceso de primer contacto y coor-

dinación del cuidado, además de garantizar la integralidad y longitudinalidad del cuidado. Eso principalmente, por la escasez de recursos necesario para implementación de políticas públicas que pudiesen impulsar las acciones.

Si la Atención Primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos, torna-se necesario comprender más profundamente los territorios en que actúa. No es posible imaginar que una cartera de servicios limitada pueda ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población en diversos territorios, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado.

Por eso, la integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales.

Se supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud colectiva al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema. El énfasis en la promoción y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo-efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Y no es posible hablar de promoción y prevención sin comprender profundamente las características de los territorios, sus transformaciones y, sobre todo, los modos del andar de la vida, para recordar Canguilhem (1971). Esa es una contribución formidable de los estudios de LAHPSA y bastante visible en esta obra, que toma la pandemia no como un hecho biomédico aislado, sino como un hecho complejo, cuya complejidad se configura precisamente a nivel de las relaciones que tienen lugar en los territorios y que también se ven influidas por el territorio.

LOS DESAFÍOS POR CONTEXTO DEL COVID-19

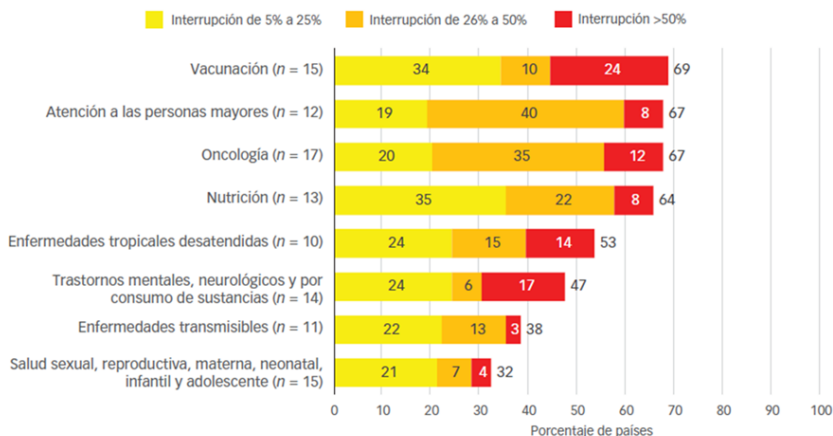
Antes de la pandemia de Covid-19, mismo con dificultades por el bajo financiamiento los sistemas de salud de Región de las Américas, de una manera general, avanzaban hacia la salud universal de salud, mismo habiendo deficiencias y desigualdades sistémicas.

La cobertura de servicios estaba mejorando

La meta 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), relativa a la cobertura de los servicios y medida mediante el índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud, mejoró a nivel regional al pasar de un promedio de 65 en el 2000 a 77 en el 2019 (promedio ponderado según la población), de modo que se sitúa en tercer lugar entre las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (figura 1). Al igual que otros factores socioeconómicos, esta mejora estuvo asociada a importantes avances en materia de salud, como evidencia el incremento a nivel regional de la esperanza de vida promedio al nacer, que pasó de 73,7 a 77,0 años en el período citado.

En el 2019, en la Región de las Américas, el promedio del índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud osciló entre 47 y 89 en los 35 Estados Miembros. De estos países, 5 tenían una cobertura muy alta (índice igual o superior a 80), 28 tenían una cobertura alta (entre 60 y 79) y 2 tenían una cobertura media (entre 40 y 59). Ningún país tenía una cobertura baja (entre 20 y 39) ni muy baja (menos de 20). Si bien la Región registró los incrementos más bajos en el período 2000-2019, en algunos casos de apenas 12 puntos, más de 60% de los países (22 de 35) registraron aumentos de más de 20 puntos. Si se analizan los cuatro componentes por separado, el subíndice de enfermedades infecciosas es el que mejoró más rápidamente entre el 2000 y el 2009 (al pasar de 48 a 81); mientras que crecieron con mayor lentitud los subíndices de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), de enfermedades no transmisibles y de servicios y acceso. (OPS, 2020-a)

Figura 1 - Índice de Cobertura Índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud, Región de las Américas, 2000 y 2019.

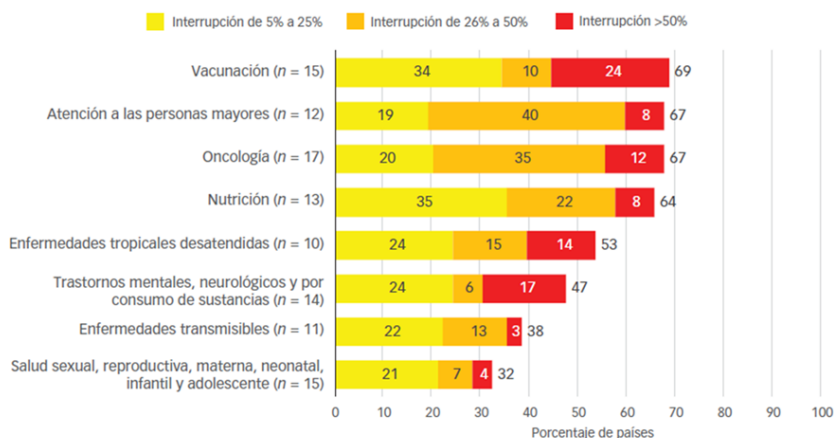


Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSHSCOV19220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Con la pandemia se ha revertido el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, exponiéndose y exacerbándose las deficiencias estructurales de los sistemas de salud y las desigualdades en salud. Pese a los esfuerzos realizados, sigue siendo difícil mantener la continuidad de los servicios esenciales de salud.

Hasta julio de 2022, se han notificado más de 163 millones de casos de COVID-19 y casi 3 millones de muertes por la enfermedad en la región de las Américas. Más de dos años después del inicio de la pandemia, casi todos los países de la región continúan reportando interrupciones en los servicios de salud esenciales: 93% de 28 países reportaron interrupciones en al menos un servicio esencial en los últimos seis meses. Específicamente, no ha habido una mejora significativa en la escala y el alcance de las principales interrupciones de los servicios de salud desde el tercer trimestre de 2020. En el cuarto trimestre de 2021, se interrumpen todas las formas de prestación de atención médica, siendo los servicios de atención primaria y atención comunitaria los más afectados. Además, los países continuaron informando interrupciones en todas las áreas de salud prioritarias: más de la mitad de los países informaron interrupciones en inmunización, cuidado de ancianos y oncología. Estas interrupciones han afectado el acceso a algunos servicios de salud importantes, especialmente para los grupos más vulnerables. (OPS, 2022-a)

Figura 2 - Porcentaje de países (n = 20) que informan interrupciones en la prestación de servicios esenciales de salud, por área de salud prioritaria, de junio a noviembre del 2021.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSHSCOV19220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Cabe señalar que todos los países han adoptado estrategias e innovaciones para superar las interrupciones y reforzar la capacidad de los servicios de salud de proporcionar herramientas y servicios esenciales contra la COVID-19, entre las cuales se encuentran el incremento de camas de cuidados críticos, el fortalecimiento del primer nivel de atención para las pruebas diagnósticas, el rastreo de contactos y el aislamiento, la introducción de experiencias en redes integradas de servicios de salud, el paso a una atención comunitaria y a la participación de la comunidad, y una transformación digital sin precedentes en el ámbito de la salud.

Sin comprender estas situaciones que ocurren en los 35 países de la Región, y sus diferentes territorios no se logrará presentar elementos capaces de comprender la dinámica de las poblaciones en los diferentes territorios. Con esta intención los análisis realizados en los territorios de la Amazonia aportan al Brasil, una capacidad de pensar políticas públicas y estrategias para estas poblaciones y aportan a otros países que comparten frontera y las mismas características geopolíticas.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022-b) también tiene instado sus Estados Miembros a transformar los sistemas de salud,

con un enfoque centrado en la APS, para acelerar la recuperación después de la pandemia, recuperar y mantener los logros en materia de salud pública y retomar la senda hacia la salud universal en los diferentes territorios.

Para eso destaco algunas recomendaciones: 1) impulsar un enfoque basado en la APS para acelerar la transformación de los sistemas de salud para responder a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades en las que viven a través de una atención integral e integrada y servicios de calidad. 2) Garantizar la continuidad de los servicios desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta la detección, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y atención complementaria. 3) Búsqueda de los determinantes de la salud, con un claro énfasis en intervenciones intersectoriales e intervenciones para abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud a lo largo de la vida. 4) Promover la participación social inclusiva, especialmente la coordinación entre todos los sectores y todos los actores.

Los estudios que componen la colección temática recientemente finalizada proponen al lector algunas consideraciones muy importantes para reflexionar sobre estas cuestiones. Recomendando su lectura, no sólo como estrategia para reconocer la realidad de la Amazonia, ya que el territorio líquido, como aprendí leyendo los textos, no es una propiedad amazónica, sino que se extiende por todos los demás territorios. La lectura se recomienda, sobre todo, por los aportes teóricos y metodológicos asociados a las epistemologías del sur, que llenan los trabajos aquí sistematizados, y permiten pensar en soluciones que están fuera del pensamiento colonizado por la perspectiva oficial.

TERRITÓRIOS DINÂMICOS E SISTEMAS DE SAÚDE RESILIENTES: rumo à saúde universal

Alexandre de Souza Ramos-Florêncio

INTRODUÇÃO

Com grande entusiasmo recebi o convite para prefaciar o livro "Práticas sociais de enfrentamento à pandemia na Amazônia: esperando novos mundos", organizado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do ILMD/ Fiocruz-Amazônia, organizado dos professores Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e outros colegas. Fico feliz não só em conhecer o importante trabalho dos pesquisadores do LAHPSA no desenvolvimento do estudo sobre as principais tarefas para o território da Amazônia no Brasil, e entre estas, as discussões sobre a organização do sistema de saúde para chamar a atenção em saúde nos territórios de difícil acesso às populações e comunidades tradicionais; e para temas de políticas de saúde e práticas de cuidado, participação social, sempre com um componente central na interculturalidade. A reflexão sobre os territórios vivos e dinâmicos (Santos, 1994) e as lições aprendidas em todo o contexto pandêmico são fundamentais para analisar a resiliência dos sistemas locais e a sua capacidade de adaptação a situações que desafiam as capacidades das redes de serviços e as competências dos profissionais de saúde. Temos utilizado as produções dos investigadores da LAHPSA em atividades de educação e análise de sistemas e serviços de saúde há algum tempo, com contribuições relevantes suficientes.

A minha reflexão neste caso, parte do conceito de Sistemas de Saúde Resilientes e se assenta nos princípios da Atenção Primária, com especial ênfase na orientação familiar, comunitária e intercultural, como é o caso do Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e outros países da Região das Américas. A partir deste ano os territórios enfrentam desafios para a implementação de atributos fundamentais como acesso ao primeiro contato e coordenação do cuidado, também para garantir a integridade e longitudinalidade do cuida-

do. Isso ocorre principalmente, pela escassez de recursos necessários para a implementação de políticas públicas que possam estimular as ações.

Se a Atenção Primária deve ser a principal porta de entrada do sistema de saúde para a atenção a todos os problemas de saúde e o local é onde devem ser resolvidos a maioria deles, será necessário compreender sempre mais profundamente os territórios em que esses serviços atuam. Não é possível imaginar que uma carteira limitada de serviços seja suficiente para responder às necessidades de saúde da população em diferentes territórios, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico precoce, atenção curativa, reabilitadora e paliativa e apoio ao autocuidado.

Assim, a integralidade é função de todo o sistema de saúde e inclui prevenção, atenção primária, secundária, terciária e paliativa. A atenção integrada é complementar à integralidade porque é necessária a coordenação entre todas as partes do sistema para garantir a satisfação das necessidades de saúde e sua atenção ao longo do tempo, bem como entre os diferentes níveis e locais de atenção sem interrupção. Para os indivíduos, a atenção integral implica uma ênfase que abrange todo o ciclo da vida com sistemas de referência e contrarreferência em todos os níveis do sistema de saúde e, ocasionalmente, para outros serviços sociais.

Pressupõe-se que um sistema de saúde baseado na APS não se apresenta exclusivamente em uma perspectiva individual ou clínica. Ao contrário, implementar a perspectiva da saúde coletiva para utilizar as informações da família e da comunidade para identificar objetivos e decidir a ordem de prioridades das intervenções. Considera-se que a família e a comunidade são os principais atores no planejamento e intervenção do sistema. A ênfase na promoção e prevenção é de vital importância para um sistema de saúde pautado na APS, pois suas ações são custo-efetivas, éticas, podem empoderar comunidades e indivíduos para garantir maior controle sobre sua própria saúde, e são essenciais para enfrentar a navalha dos Determinantes Sociais da Saúde. A ênfase na promoção e prevenção permite que ir além da orientação clínica para abarcar a educação e o suporte em questões de saúde no trabalho, nas escolas e em casa. E não é possível falar sobre promoção e prevenção sem compreender profundamente as características dos territórios, suas transformações e, sobretudo, os modos de viver, para registrar Canguilhem (1971). Este é uma formidável contribuição dos estudos do LAHPSA e bastante visível neste livro, que se ocupa da pandemia não apenas como um evento biomédico, mas como um fato complexo, cuja complexidade se configura precisamente ao nível das relações que se situam nos territórios e que também são influenciados por eles.

DESAFIOS DO CONTEXTO DA COVID-19

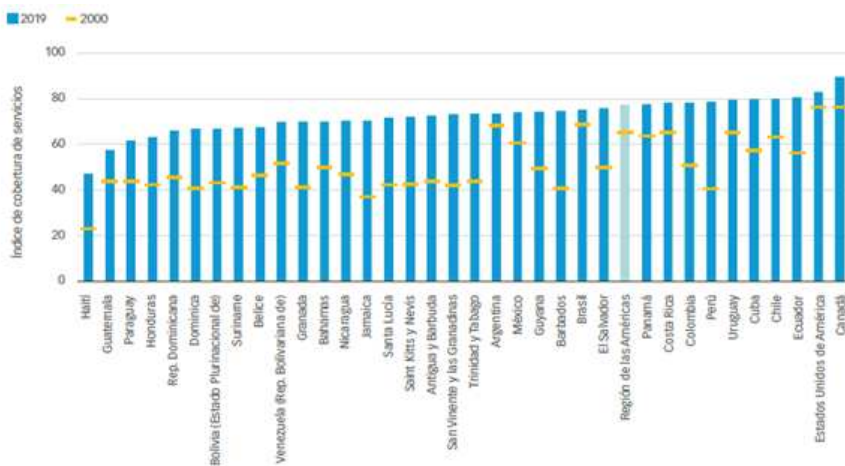
Antes da pandemia de Covid-19 muitas dificuldades com finanças baixas nos sistemas de saúde da Região das Américas, de forma geral, o sistema universal de saúde avançava, muitos com deficiências sistêmicas e deficiências sistêmicas.

A cobertura dos serviços foi melhorada

A meta 3.8.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), relativo à cobertura de serviços e medicamentos através do índice de cobertura de serviços universais de saúde, melhorou ao nível regional após uma média de 65 no ano de 2000 para 77 em 2019 (média ponderada segundo a população), de modo que se situa em terceiro lugar entre as regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS) (figura 1). Assim como outros fatores socioeconômicos, essa melhora esteve associada a importantes avanços no campo da saúde, como evidenciado pelo aumento do nível regional de expectativa de vida pouco antes do nascimento, que passou de 73,7 para 77,0 anos no período citado .

Em 2019, na Região das Américas, a média do índice de cobertura dos serviços de cobertura universal de saúde oscilou entre 47 e 89 nos 35 Estados Membros. Nestes países, 5 dezenas de cobertura muito alta (índice igual ou superior a 80), 28 dezenas de cobertura alta (entre 60 e 79) e 2 dezenas de cobertura média (entre 40 e 59). Nenhum país tinha uma cobertura baixa (entre 20 e 39) e muito baixa (menos de 20). Se a Região registrou os menores aumentos no período 2000-2019, em alguns casos de apenas 12 pontos, mais de 60% dos países (22 de 35) registraram aumentos superiores a 20 pontos. Se os quatro componentes fossem analisados separadamente, o subíndice de doenças infecciosas foi o que melhorou mais rapidamente entre 2000 e 2009 (na época de 48 para 81); ainda que tenham crescido com maior lentidão os subíndices de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), de doenças intratransmissíveis e de serviços e acesso. (OPS, 2020-a)

Figura 1 - Índice de cobertura dos serviços de cobertura universal de saúde, Região das Américas, 2000 e 2019.

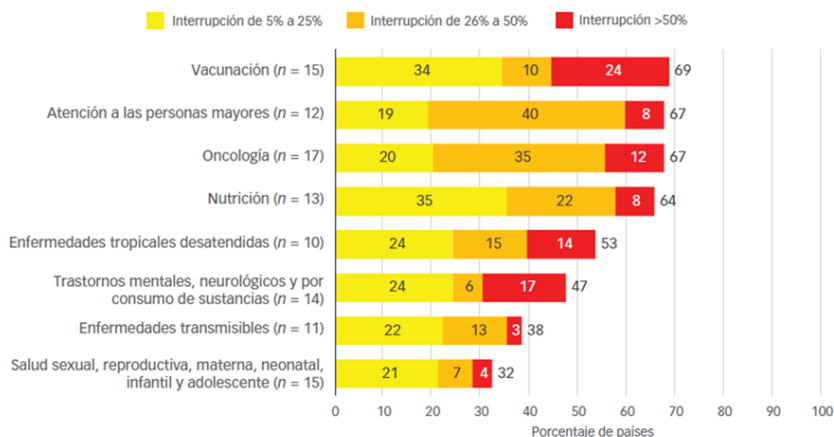


Fuente: Organización Mundial de la Salud [internet]. The Global Health Observatory. UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 25 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>.

Com a pandemia, o progresso foi revertido, com o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde expondo e exacerbando as deficiências estruturais dos sistemas de saúde e as necessidades de saúde. Em que pese os esforços realizados, segue sendo difícil manter a continuidade dos serviços essenciais de saúde.

Até julho de 2022, mais de 163 milhões de casos de COVID-19 e 3 milhões de casos de óbitos foram notificados pela enfermidade na região das Américas. Mais de dois anos após o início da pandemia, todos os países da região continuaram relatando interrupções nos serviços essenciais de saúde: 93% dos 28 países relataram interrupções em pelo menos um serviço essencial nos últimos seis meses. Especificamente, não houve melhora significativa na escala e frequência das principais interrupções dos serviços de saúde desde o terceiro trimestre de 2020. No quarto trimestre de 2021, todas as formas de atendimento médico foram interrompidas. Além disso, os países continuam informando sobre interrupções em todas as áreas de saúde prioritárias: mais da metade dos países informam sobre interrupções em imunização, cuidado de idosos e oncologia. Essas interrupções afetaram o acesso a alguns serviços de saúde importantes, especialmente para os grupos mais vulneráveis. (OPS, 2022-a).

Figura 2 - Porcentagem de países (n = 20) que reportam interrupções na prestação de serviços essenciais de saúde, por área de saúde prioritária, de junho a novembro de 2021.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSHSCOV19220023_spa.pdf?sequence=18&isAllowed=y.

Deve-se notar que todos os países adotaram estratégias e inovações para superar as interrupções e fortalecer a capacidade dos serviços de saúde para fornecer bens e serviços essenciais contra o Covid-19, entre os quais o aumento de leitos de UTI, o fortalecimento do primeiro nível de atenção para os testes de diagnóstico, o rastreamento de contatos e o isolamento, a introdução de experiências em redes integradas de serviços de saúde, o enfoque na atenção comunitária e o aumento da participação da comunidade, y una transformación digital sem precedentes na área de saúde.

Sem entender essas situações que ocorrem nos 35 países da Região, e seus diferentes territórios, não se alcançará apresentar elementos capazes de compreender a dinâmica das populações nos diferentes territórios. Com esse intuito, as análises realizadas nos territórios da Amazônia trazem para o Brasil uma capacidade de pensar políticas públicas e traçar estratégias para esses povos e trazem para outros países que compartilham da frente e das mesmas características geopolíticas.

Por outro lado, a Organização Panamericana da Saúde (OPS, 2022-b) também tem mobilizado seus Estados Membros para transformar os sistemas de saúde, com foco centrado na APS, para acelerar a recuperação após a pandemia, recuperar e manter os avanços em matéria de saúde pública e retomar o cami-

no para a saúde universal nos diferentes territórios.

Para isso, algumas recomendações: 1) impulsionar uma ênfase baseada na APS para acelerar a transformação dos sistemas de saúde para responder às necessidades das pessoas, famílias e comunidades naqueles que vivem com atenção integral e integrada e serviços de qualidade; 2) garantir a continuidade dos serviços desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até a detecção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e atenção complementar; 3) enfatizar os determinantes da saúde, com clara ênfase nas intervenções intersetoriais e nas intervenções para abordar os determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde ao longo da vida; 4) promover a participação social inclusiva, especialmente a coordenação entre todos os setores e todos os atores.

Os estudos que compõem a coletânea temática recentemente finalizado oferecem ao leitor algumas considerações muito importantes para a reflexão sobre essas questões. Recomendo sua leitura, não apenas como estratégia de reconhecimento da realidade amazônica, pois o território líquido, como aprendi na leitura dos textos, não é propriedade amazônica, uma vez que se estenda a todos os territórios. Recomendo a leitura, sobretudo, pelas contribuições teóricas e metodológicas associadas às epistemologias do sul, que enxarcam os trabalhos sistematizados no livro e permitem pensar em soluções que estão fora do pensamento colonizado ne perspectiva oficial.

REFERÊNCIAS

Canguilhem, Georges. (1971). **Lo normal y lo patológico**. México, Siglo Veintiuno.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). **Renovación de la atención primaria de salud en las Américas**: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022-a). **Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19** (noviembre y diciembre del 2021). En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSHSCOV19220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022-b). **Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas**: enseñanzas de la COVID-19.

Santos, M. (1994). **Técnica, espaço, tempo**. São Paulo, Hucitec.



PRIMEIRA SEÇÃO

ESPERANÇANDO NOVOS MUNDOS: práticas sociais e saberes híbridos em tempos da Covid-19 no território líquido

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Sônia Maria Lemos

Ana Elizabeth Sousa Reis

O menino ia no mato
E a onça comeu ele.
Depois um caminhão passou por dentro do corpo do menino.
E ele foi contar para a mãe.
A mãe disse: Mas se a onça comeu você, como é que
o caminhão passou por dentro do seu corpo?
É que o caminhão só passou renteando meu corpo
e eu desviei depressa.
Olha mãe, eu só queria inventar uma poesia
E não preciso fazer razão.
(Manoel de Barros)

UM COMEÇO DO FIM....

 livro que oferecemos à leitura é derivado de uma pesquisa no território amazônico. Os instrumentos de pesquisa que usamos na Amazônia nos “revelam” algumas coisas e nos “mostram” outras, como recortes da realidade, mas seu dizer sempre é limitado quando se trata de interpretar as pessoas e os lugares, algo que as técnicas têm dificuldade de “des-cobrir”. Por isso, uma estratégia participativa sempre é uma condição de possibilidade para a criação de um espaço aberto para o que vier, para o acontecer, para deixar que

se faça “*em ato*”. Assim, os encontros que realizamos com os trabalhadores e as trabalhadoras, com os/as usuários/as, com os/as gestores/as foram muito potentes porque aconteceu ao meio das histórias, de vivências e de memórias sobre os diferentes momentos da pandemia. As pessoas nos disseram: “que bom que vocês estão aqui para falar sobre esse momento”. Definitivamente, a pandemia de Covid-19 foi uma multiplicidade de coisas nos territórios, não apenas uma doença infecciosa causada por um “*novos*” coronavírus.

O objetivo do projeto “*Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas*”¹ foi de analisar as transformações sociais produzidas pela pandemia. Vimos que essas transformações aconteceram nos processos de trabalho e na gestão em saúde, nas relações familiares, no emprego, na dinâmica da vida. Observamos uma grande capacidade de resiliência tanto de trabalhadores como dos usuários nos diferentes territórios. Resiliência e resistência, que no emaranhado de informações e de orientações, que buscaram ocupar o lugar vago de uma coordenação nacional coesa e integrada, muitos discursos ocuparam espaços diversos, inclusive criando proposições e iniciativas de extremo risco à saúde e à vida. Como veremos ao longo dos capítulos, as respostas territoriais foram diversas e, em grande medida, propositivas e compatíveis com as orientações da ciência e dos organismos internacionais. Ao menos como resposta sanitária, que a pandemia, já dissemos antes, foi muitas coisas em cada território.

Davi Kopenawa (2015), no livro a “*Queda do Céu*” nos diz que a cabeça dos brancos (não indígenas) está “*cheia de esquecimento*” porque esqueceram do seu lugar na terra como abrigo e casa. A pandemia nos lembrou que essa casa “*esquecida*” precisa ser cuidada, porque as violências contra a natureza trazem consequências para a saúde no seu sentido mais amplo. Apesar disso, durante a pandemia foram registrados momentos cruéis para a Amazônia, com os maiores índices de desmatamento e de queimadas. Enquanto a população “*ficava em casa*”, a mata se consumia pelos interesses econômicos de fazendeiros, grileiros. As águas foram sendo envenenadas pelo mercúrio dos garimpos, gerando graves consequências para os povos da floresta. A destruição e a exploração da Amazônia podem estar na origem explicativa da pandemia de Covid-19 (Grima, 2022). Apesar do vírus ter surgido na distante China, não há como desvincular as questões ambientais para a origem dos vírus (Morin, 2021). A lógica predatória de ocupação do território também é pandêmica e

1 - Edital N. 006/2020 - PCTI-EMERGESAÚDE/AM - CHAMADA II – ÁREAS PRIORITÁRIAS, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – Fapeam.

se dissemina de forma globalizada e gera parte das interseccionalidades que geram efeitos sobre a saúde.

Por outro lado, os povos da floresta, as comunidades ribeirinhas, os quilombolas, os extrativistas nos fazem “lembrar” da condição de amazônidas, ou seja, que possuem um outro projeto de vida para os lugares, com uma perspectiva mais coletiva e com uma condição de uso do território na relação com os outros seres e com os não humanos. A fala de um hekura (pajé) Yanomami foi muito significativa e impactante: “*nos deixe livres para viver do nosso modo*”. Esse é um pedido para os diferentes tipos de colonização sofridos pelos povos originários até hoje através das igrejas, das políticas públicas, da ciência. E os fenômenos locais, dos quais nos falam os povos tradicionais, são todos tentáculos de formas de vida e pensamento globais.

Eliana Brum (2021, p. 49) fala que a “*centralidade da pessoa humana, como se tivesse conquistado o direito perpétuo de ser especial, perde o lastro quando passamos a nos reflorestar*”. A proposta de se reflorestar é tirar a centralidade do humano que se colocou no direito de decidir sobre as outras vidas. Por isso, reflorestar significa se reconectar com os não-humanos e com as suas gentes para constituir uma nova relação com o lugar, com os territórios e com a Amazônia. Não apenas com os seres que habitam os territórios na contemporaneidade, mas com o passado e com o futuro. As queimadas e a violência tornam cinzas nossas memórias ancestrais e fumaça nossas possibilidades de futuro.

Brum (2021, p. 50) vai além, diz que precisamos nos amazonizar, “*como verbo, vai além da floresta. É um movimento para voltar a ser, para se despartir, no sentido daquele que partiu ao se colocar fora da natureza, ao deixar de ser parte do todo orgânico de um planeta vivo*”. O convite é de nos colocarmos como parte desse todo orgânico que vibra com cada parte da floresta. Por isso, somos tocados quando pesquisadores, estudantes e trabalhadores andaram e andam pelos territórios do Alto Purus, na boca do Acre, no médio Juruá, nos barrancos do Madeira, na transamazônica, no alto rio Negro, no alto rio Solimões da tríplice fronteira, no médio e no baixo rio Solimões, no lugar das cachoeiras, no médio rio Amazonas, no baixo rio Amazonas, na área ribeirinha e urbana da capital... Ainda no lugar da ciranda, do Festival, do Boi Bumbá... São tantas partes dessa Amazônia, que precisamos deixar que esses lugares nos habitem... Por isso mesmo nos arriscamos também a “*inventar poesia*” e fazer menos “*razão*”.

Compartilhar nossas experiências no percurso da pesquisa com todas as pessoas que aceitarem o convite da leitura não é apenas disseminação de conheci-

mentos (teorias, métodos e resultados) mas, também, nossa contribuição para adiar o fim do mundo. A diversidade de saberes e práticas que encontramos, híbridos de ancestralidade e ciência ocidental, mas também contaminados por notícias falsas e fascismos oficiais, dá o tom da resiliência e da resistência das gentes dos territórios amazônicos.

O TERRITÓRIO LÍQUIDO QUE ATRAVESSA OS TEMPOS E LUGARES

A noção de *território líquido* é importante para a compreensão das transformações que ocorrem, tanto no cotidiano das pessoas como das políticas públicas, e que impactam no acesso aos serviços de saúde como no planejamento das ações de saúde (Schweickardt *et al.*, 2016; Lima *et al.*, 2016; Kadri, Schweickardt, Freitas, 2022). Apesar da categoria ter surgido como metáfora no debate sobre a influência do ciclo das águas na vida da população ribeirinha e seus efeitos para as políticas de saúde, houve um alargamento conceitual para expressar os modos de vida e de fazer saúde na Amazônia, transformando-a em uma categoria analítica oportuna e relevante.

Não há como negar que as águas fazem parte da constituição da subjetividade das pessoas que vivem nessa região, ocupando um lugar no seu imaginário social, cultural e organizativo. As águas estão nos mitos de origem dos Tukanos, dos Tikunas, somente para dois exemplos, estão na origem e no desenvolvimento. Nas águas estão a cobra grande, o boto, a Mãe D'Água, mas também estão os peixes, os bichos de casco, os jacarés. As águas escondem os mistérios, mas também revelam as riquezas e os alimentos. No fundo das águas estão os *encantados, as outras gentes, os seres*, e uma outra cidade onde vivem esses Outros. Por isso, antes de entrar no rio e nos lagos é necessário pedir licença para não ser atacado como um inimigo. A diversidade de elementos da cultura tradicional e ancestral sobre os rios não é imagética, apenas, mas constitui materialidades nas relações dos povos com as águas, inclusive na sua preservação e busca de condições de harmonia nas relações humanos e ambiente.

As águas servem para conectar as pessoas, que vão e vêm nas suas lentas canoas, fazendo barulho com a rabeta, mas também cruzam os rios motores rápidos que encurtam as distancias e ganham tempo no período da cheia. As águas também são sustentação nas intercorrências, quando falha a mecânica dos motores e cascos. Os tipos de embarcação são muitos, são as catraias de Tefé e Manaus, a Baleeira no Alto rio Solimões, as lanchas A Jato que são muito rápidas, os barcos regionais, as balsas, as Unidades Básica de Saúde Fluvial (UBSF), as canoas ... Os custos de acesso e manutenção, igualmente diversos e, muitas vezes, adversos.

Ainda tem aqueles que vivem literalmente sobre as águas nas casas flutuantes, que permanecem como bairros ou cidades flutuantes nos lagos que banham algumas cidades como Tefé e Coari. A Vila do Catalão, com seus mais de 100 flutuantes, localizada em frente à cidade de Manaus, é um exemplo vivo do viver no território líquido porque tudo é água, está em todos os lugares e conformam a vida dos seus moradores. Ali, a vida nas águas faz parte do cotidiano e do seu fazer, porque não dizer do seu ser. Algumas pessoas, como nossa amiga Olga fez há muitos anos, viver num flutuante², significando a radicalidade do territorializar na Amazônia. As águas também são sustentação mais democrática do viver em coletivos, já que isentam as pessoas das taxas e impostos próprios da ocupação urbana.

O *território líquido* é composto, na sua materialidade, por diferentes tipos de águas como é o caso do rio Solimões que derruba os barrancos, levando os sedimentos de um lugar para outro, mudando os leitos e criando novas fronteiras. Por isso, o Solimões é um rio que está literalmente em permanente movimento, conduzindo terras e sedimentos desde a cordilheira dos Andes. Enquanto o rio Negro é um rio mais estável, mais antigo, e corre tranquilo no leito já formado, mas traz muito material orgânico que faz suas águas negras. Os ribeirinhos, uma categoria social na Amazônia, fazem a sua vida em torno dos ciclos das águas, suas plantações, a construção das casas, as hortas, a criação de gado, os caminhos de acesso (Soares *et al.*, 2021). Nesse imenso território das águas, a população vai constituindo suas vidas e definindo os seus caminhos. Entre o período da seca e da cheia há uma muita vida que precisou se feita e desfeita, construída e reconstruída, ajustada e desajustada porque as águas sempre estão ali, às vezes com a água que entra nas casas e outras quando se recolhe para os seus leitos e nascentes.

Nesse sentido, as águas que compõem o território líquido vão para além das paisagens, da fotografia, pois se constituem no modo de vida das populações ribeirinhas. As águas perfazem o cotidiano das pessoas, que mesmo distantes ainda ocupam o imaginário das pessoas. A população que saiu da várzea e mudou para a terra firme, como é o caso da Costa do Catalão, no município de Iranduba, ainda continua fazendo as suas palafitas, porque está no seu imaginário, como se as águas ainda continuassem fazendo o seu movimento. Por isso, o ribeirinho não se encerra na margem dos rios, pois pode estar nas cidades, na terra firme, nas estradas...

2 - <https://www.jb.com.br/colunistas/entre-realidade-e-ficcao/2022/07/1038833-olga-d-arc-reinvent-a-vida-num-flutuante-no-rionegro.html#:~:text=Sempre%20admirei%20as%20virtudes%20naturais,do%20rio%20e%20da%20floresta.>

O território líquido como lugar de movimento, mudanças, alterações produzidas pela sazonalidade das águas, produz efeitos sobre a vida das pessoas e sobre o trabalho em saúde (Schweickardt *et al.*, 2021). As características do território transbordam para a vida social e cotidiana, interferindo nos modos de vida e nos processos de trabalho de saúde. Assim, não é um território externo, paisagem, mas um território vivencial que produz existências e histórias.

O “*líquido*” demonstra a plasticidade que caracteriza a vida social de ribeirinhos e a gestão da saúde ribeirinha. Desse modo, extrapola a vinculação com o território geográfico-paisagem para se constituir como uma categoria que analisa os modos de vida, as políticas públicas sob o ponto de vista epistêmico. O que nos interessa é produzir um giro epistêmico nas formas de pensar a Amazônia, que, na maioria das vezes, é abordada pela ausência e pelo viés das doenças, ou seja, pela falta.

A categoria analítica território líquido passou a ser transversal nos estudos e nas produções do grupo de pesquisa e do Lahpsa, servindo de suporte teórico e metodológico para abordar os processos de saúde-doença-cuidado nos territórios amazônicos. Não resta dúvida que tivemos uma produção significativa sobre o território líquido, conquistando um espaço na formulação das ideias, análises e interpretações sobre a região. No entanto, a categoria ultrapassou a fronteira da pesquisa para ser utilizada por gestores da saúde que encontraram uma forma de expressar a sua realidade de gestão e de trabalho na Amazônia. Assim, o território líquido se transforma numa categoria política que serve de ferramenta de negociação junto aos entes federados tanto para o financiamento das ações nas áreas ribeirinhas e fluviais como um argumento para uma saúde diferenciada da região.

Além disso, o território líquido também ultrapassou os limites da Amazônia porque não se refere somente às águas, até porque temos águas em outros contextos, mas porque nos ajuda a pensar nas realidades moventes e dinâmicas de qualquer contexto político-social. O território líquido, como um modo de uso e de vida em determinado lugar, pode ser entendido e interpretado para qualquer contexto, demonstrando a plasticidade das ações humanas.

SOBRE O PROCESSO DE PESQUISAR

O trabalho de campo se mostrou muito mais vivo do que poderíamos imaginar, porque aconteceu junto com as pessoas em rodas de conversa, nas entrevistas com os usuários nas Unidades de Saúde e nas residências. Não se tratou de uma pesquisa que, centralmente, se debruçou “sobre” as gentes

dos territórios do trabalho empírico, senão, que se deixou encharcar pelos contextos, pelos olhares, pelas percepções e pelas intensidades que foram se tornando perceptíveis ao longo do percurso. Foram conversas sentados no sofá das casas, na varanda, nos bancos improvisados no pátio das casas, na sala de espera dos serviços de saúde, no balcão do comércio, em pé na porta das casas. Andamos pelas ruas, subimos pontes e palafitas, cruzamos os rios, andamos de canoa e lancha, cruzando o Estado do Amazonas diversas vezes. Os pesquisadores viajaram de ônibus, carro, lancha rápida, avião e barco regional para realizar a pesquisa nos municípios. O Estudo gerou muitas conversas e compartilhamentos animados dos pesquisadores formados por alunos, trabalhadores, pesquisadores e docentes. As conversas, importante registrar, não foram apenas substrato das formulações, senão, e principalmente, conexões para a compreensão. Não há predominantemente o tratamento como análise de conteúdo ou, sequer, como enunciação. As falas compõem, como se poderá ver, a própria construção interpretativa, que os saberes territoriais não são falsidades, mas verdades do território. A complexidade, em oposição à linearidade disciplinar, se expressa pela tecitura dos diferentes saberes. Ao tempo que as conversas nos disseram dos modos de vida e de enfrentamento à Covid-19, nos ofereceram elementos interpretativos para a compreensão do cotidiano, complexo e movediço, de cada território. Assim, as contribuições teóricas e metodológicas das narrativas da pesquisa também são platôs diversos de compreensão dos territórios, em uma conexão epistêmica mais densa, como tecitura de saberes.

Considerando a dinâmica do trabalho de campo, a escrita não foi o único modo de registro das atividades, nem mesmo a única linguagem, porque os corpos reagiram ao problema da Covid-19 com falas mediadas pelas lágrimas, emoção, risos, ansiedade e alívio. *“As palavras fazem coisas, trazem consequências, realizam tarefas, comunicam e produzem resultados, mas o desafio é colocar no texto o que foi a ação vivida”* (Marin, 2020, p.17). As vivências no território da pesquisa nos conduzem para as reflexões dos vários caminhos possíveis para compreender os modos como a pandemia foi enfrentada, não apenas como conhecimento representacional, mas também como conhecimento de intensidade, que mobiliza nossos pensamentos e corações.

Foram muitas as pesquisas sobre Covid-19 nesses três anos de pandemia, com diferentes enfoques e abordagens. Foram muitas publicações em livros, capítulos, artigos, teses e dissertações que encheram as prateleiras digitais. Por isso, nós enquanto grupo de pesquisa na Amazônia, tivemos o desafio de apresentar uma abordagem que nos possibilitasse uma aproximação com os territórios de vida dos usuários e dos trabalhadores e das trabalhadoras, sem

a pretensão de totalizações, mas com o compromisso ético de mostrar o que está aí e o que pede passagem e, portanto, numa acumulação progressiva, em platôs de intensidade. Além disso, vivenciamos um espaço-tempo diferente na região amazônica, onde amazonizam povos de diferentes etnias, tradições, línguas, origens, modos de relacionar com a floresta e organizar o seu território. Na Amazônia, o tempo cronológico e o tempo oportunidade, representados pelos deuses gregos Chronos e Kairós, estão em constante disputa. As políticas públicas são colocadas em práticas nesses lugares, tanto na presença como na ausência. Por fim, entendemos que o caráter inovador da metodologia da pesquisa foi a realização das oficinas com gestores e profissionais, pois nos deu a oportunidade de estarmos juntos nos municípios e dialogarmos com a realidade viva de cada lugar de trabalho e cada território.

As oficinas criaram um espaço de escuta sobre o que passou, que, na opinião de muitos, foi a primeira oportunidade para falar dos medos, os anseios, as perdas e as conquistas. Foram momentos envolvidos de muita emoção porque pela primeira vez não tínhamos a certeza do que fazer diante da situação de vida e morte. Percebemos nesse momento que a saúde mental e a qualidade de vida dos/das trabalhadores/as da saúde foram colocadas em teste, muito além das condições para o que passaram. Na realidade, os/as trabalhadores/as entraram numa roda vida sem poder refletir sobre o passou.

A pesquisa mostrou que uma abordagem participativa possibilita, além do envolvimento de uma diversidade de pessoas, coloca a própria pesquisa em análise e traz os desafios de uma escrita coletiva e compartilhada. Assim, todos se tornaram co-gestores da pesquisa, com ideias que surgiram no decorrer do projeto, com mudanças na coleta, com negociações com a gestão municipal, com as construções locais e gerais, com as falas dos usuários e dos/das trabalhadores/as que se misturam com as falas dos pesquisadores e estudantes. Ao fim, tivemos uma diversidade de análises que combinaram com as cores e movimentos de cada local.

AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS PRODUZIDAS PELA PANDEMIA

As publicações, especialmente nas ciências sociais e na saúde coletiva, têm enfatizado a relação entre a pandemia e as desigualdades sociais: *“países ricos- países pobres; países desenvolvidos e produtores de tecnologia (respiradores, vacinas) e países importadores”*, além disso mostrou as diferenças entre os que tem acesso ou não à internet, alta e baixa escolaridade, poder aquisitivo, pessoas com comorbidades e os pobres que vivem em condições de vulnerabilidade ambiental e socioeconômica (Garita et al., 2022, p. 8). En-

fim, “a pandemia mostra, de modo dramático, as diferenciais sociais, de classes, de gênero, étnicas e socio-territoriais” (Palermo; Rojas, Ruiz, 2022, p. 20 – tradução livre).

Vimos na pesquisa que não foi nada fácil para as populações que são atendidas pela Atenção Básica viver durante a pandemia. A primeira questão é que não foi simples conviver com as orientações sanitárias de isolamento, higienização, uso de máscaras e distanciamento físico porque as condições socioeconômicas não combinavam com tais orientações. A principal questão apontada pelos/as trabalhadores/as da saúde foi a condição do trabalho informal em que as pessoas dependiam da venda dos produtos para aqueles que circulam nas cidades. Por isso, ficar em casa não é uma possibilidade para a maioria dos trabalhadores da América Latina e Caribe, especialmente quando tem trabalhos precários e mal remunerados (Anapio & Hammerschmidt, 2022). Os trabalhadores informais foram fortemente afetados e passaram a depender das políticas de distribuição de renda e de alimentos, levando a um rápido empobrecimento num contexto de incerteza (Bringel & Pleyers, 2020). Nos bairros populares e nas comunidades rurais e ribeirinhas, a convivência entre as pessoas nas ruas e nas praças fazem parte da dinâmica social e da saúde mental. Por isso, o isolamento foi uma tarefa difícil porque representava “abrir mão” das relações sociais, que mantém a vida social das pessoas.

A transformação do trabalho em saúde se destacou na pesquisa em relação aos trabalhadores e trabalhadoras, devido ao desaparecimento da previsibilidade, do interrompimento das vidas, pelo próprio tempo alargado, gerando uma ideia de que não seria possível o futuro (Crudi *et al.*, 2022). Os trabalhadores e trabalhadoras nos dizem que foi necessária uma adaptação ao novo tempo, pois nada era previsível e as referências eram mínimas para a tomada de decisão. A medida mais apropriada por todos e todas, inclusive aqueles que trabalham no território da atenção básica, foi o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) porque a ordem era se proteger para proteger aos demais. As visitas domiciliares das Equipes da Saúde da Família (ESF) nunca mais foram as mesmas porque foram interrompidas, não sendo mais possível entrar na casa das pessoas, tomar um café, conversar sobre diversos temas. Muito do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), acostumados com a rua, foram transformados em trabalhadores de call center, isto é, trabalhavam na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas remotamente, acompanhando as famílias nos seus anseios e dúvidas.

A pesquisa também mostrou que a pandemia trouxe muitos aprendizados, ou seja, as transformações também tiveram um aspecto positivo, especialmente

no se refere ao cuidado da saúde, a valorização da vida e da família, a solidariedade e uma consciência sobre os nossos limites no trabalho da saúde. No trabalho da Atenção Básica se aprendeu que o recomendado não é interromper as ações das ESF, como aconteceu nos primeiros meses da pandemia, mas colocar a AB como estratégica no enfrentamento da pandemia. Outro aprendizado foi trabalhar a AB com a Vigilância em Saúde, que em outros momentos realizam ações separadas, mas que a pandemia exigiu um trabalho compartilhado.

O QUE OS CAPÍTULOS NOS DIZEM...

O livro está dividido em três sessões: a primeira com os prefácios de parceiros internacionais da Itália e Nicarágua, que tem participado das pesquisas e produções do LAHPSA e se inseriram em diferentes momentos da pesquisa, seja como dispositivo de pensamento em atividades de ensino e extensão em atividades nacionais e internacionais, seja como colaboração na pesquisa propriamente dita. Ainda nessa sessão temos dois textos mais gerais sobre a pesquisa. Na segunda sessão temos os capítulos que discutem os resultados da pesquisa e as estratégias municipais de enfrentamento da pandemia. Na terceira sessão, trouxemos alguns relatos de trabalhadoras e trabalhador e gestores de saúde.

No texto **Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento**, as(os) autoras(es) nos convidam a pensar a pesquisa um ato político, que relata o encontro com as pessoas e o que é produzido por eles. Refletir os territórios como espaços tempos de afecções e implicações em que o participativo é a implicação do pesquisador e das pessoas que, com ele, produzem um conhecimento que é próprio daquele contexto e daquelas relações com um determinado agente. O participativo para além de ser um colaborador na produção de dados e informações, é aquele que, no movimento dos territórios, experimenta, sente, vivencia. Trazem a referência à proposta da *“Ecologia de Saberes”* de Boaventura de Sousa Santos como um dos aportes para pensar as conexões com os saberes e tensionar a lógica colonialista na produção do conhecimento. Os efeitos do território amazônico na constituição de modos de olhar e sentir dos pesquisadores e pesquisadoras produzindo uma reflexão epistêmica para além da dimensão metodológica. Estar nos territórios em tempos de pandemia, com seus desafios e potencialidades, no “Território Líquido”, como proposto por Júlio Cesar Schweickardt, que nos transversa com seus saberes e modos de fazer tão próprios, no qual se articulam culturas, etnias no cotidiano do cuidado em saúde. De acordo com as(os) autoras(es), *“É nessa confluência que esta pesquisa foi proposta,*

reconhecendo metodologias consolidadas, mas fazendo a opção ética e política de trazer uma abordagem de pesquisa participativa, experimentada no território líquido” (p.51). A pesquisa participativa permite o uso de técnicas já consolidadas, mas que “reconhece a potência da interlocução entre os saberes tradicionais e científicos”, na qual todos os atores protagonizam a produção do conhecimento.

Já o texto **Enfrentamento à pandemia de covid-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus**, Manicoré e São Gabriel da cachoeira, Amazonas, as(os) autoras (es) apresentam a dinâmica da pandemia de Covid-19 em três municípios do Amazonas, Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira. Relatam os movimentos realizados em cada município que engendraram modos de decidir e de atuar distintos no enfrentamento à pandemia em seus territórios e junto às suas gentes. Apresentam as negociações entre os gestores e os encontros entre os trabalhadores de saúde e os usuários, as estratégias de aproximação e ações para dirimir os impactos da pandemia em suas populações. As articulações entre os agentes públicos para possibilitar o uso de recursos desde a escassez à falta de decisão política no encaminhamento do suporte e apoio aos municípios. Nas diferenças encontramos a reorganização dos processos de trabalho, o cuidado em sua mais intensa concepção e o estreitamento dos vínculos tão necessários e característicos do fazer saúde na Atenção Básica.

O texto **“Corredeira, levando a canoa”: a gestão e o cuidado em saúde na pandemia em Boca do Acre, Amazonas** apresenta os resultados da pesquisa com os usuários e os resultados das entrevistas com trabalhadores e gestores da saúde. O que se destaca nesse texto é a relação entre a pandemia e o território líquido, sendo apontada pelos entrevistados como um duplo desafio porque não somente afetou os serviços de saúde, mas também os trabalhadores informais que além de não poderem sair no período de isolamento, não podiam sair devido à enchente que afeta o município anualmente. O texto também mostra a condição do trabalho em saúde durante a pandemia, quando tiveram que conviver com o medo, a insegurança, o temor dos usuários, as mortes e internações de colegas.

Em **Carauari no enfrentamento à pandemia: entre a eficácia do trabalho em saúde e a falácia medicamentosa** são apresentadas as estratégias utilizadas pela gestão, como foram percebidas e as transformações que produziram no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Mostram que na perspectiva dos usuários, o acesso foi garantido, com exceção da percepção de dois que sinalizaram as dificuldades do sistema em produzir acesso para as populações

ribeirinhas e rurais no território Amazônico. A rotina das pessoas foi afetada de modo particular, com impactos na saúde mental e que podem demandar apoio psicológico. Também foram relatados pelos usuários alterações no trabalho, renda e nas relações sociais. Desta forma, as autoras recomendam que sejam implementadas ações de prevenção e promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde. Também que sejam promovidos espaços de Educação Permanente em Saúde, que estimulem reflexões e ações no cotidiano do trabalho.

Por sua vez, no texto **O enfrentamento da pandemia de covid-19 em uma unidade básica de saúde no interior do Amazonas**, somos apresentados ao desenvolvimento da oficina do projeto, suas estratégias de aproximação e reflexão sobre o enfrentamento à pandemia no Município de Iranduba. Também nos apresentam as narrativas realizadas durante as entrevistas com os participantes. Apontam como a oficina pode se constituir em um espaço para a expressão das vivências durante a pandemia e como o coletivo pode ser um aporte importante na busca de meios para a solução das problemáticas identificadas. As autoras relatam os principais desafios encontrados pelos trabalhadores, nos processos do trabalho, no conhecimento insuficiente sobre a doença, à ausência e/ou precariedade das estruturas e materiais, resultando na sobrecarga de trabalho. Foi necessário um aprendizado *“em ato, no pulsar do território vivo, sustentado nas redes vivas de cuidado, que se constroem e se consolidam com a proximidade, o conhecimento”*...(p. 145), bem como nas aprendizagens conjuntas e nas relações estabelecidas. Afirmam que a coesão entre as profissionais da ESF faz diferença no território. A atuação profissional, aliada à relação e ao apoio mútuo entre as integrantes da equipe, possibilitaram a (re)organização dos processos de trabalho e melhorar oferta dos serviços à população.

No texto, **Manacapuru e as medidas de enfrentamento à pandemia sob a ótica dos usuários e trabalhadores da saúde**, os(as) autores(as) apresentam uma análise de como as experiências, iniciativas, percepções afetam e são afetadas pelo cotidiano do trabalho e das relações entre gestão, usuários e trabalhadores de saúde. As escutas realizadas conduzem para a reflexão e a um diálogo necessário sobre o trabalho individualizado que deixa à margem o caráter social-humanitário quando o foco principal é a produtividade. Como as reconfigurações das práticas sociais buscaram a mitigação dos efeitos do vírus, estratégias que estivessem direcionadas às demandas sobre as quais a atuação chama à participação social e ao fomento de práticas de saúde. Trazem para a reflexão a precarização do trabalho do ponto de vista dos vínculos e da produção de subjetividades. Destacam a condição do feminino com uma afirmação das *“mulheres, das mulheres negras, das mulheres pobres, das mulheres com mais idade”* (p. 164). Outro aspecto que está ressaltado no texto

é o impacto do distanciamento geográfico nas ações de promoção da saúde, com a expansão das ações e iniciativas nos territórios em oposição às notícias falsas que eram amplamente distribuídas nos grupos de comunicação em rede. Também foi o trabalho em saúde e seus agentes, com estratégias de escuta a usuários e aos próprios trabalhadores, que perpassou a escrita e as reflexões apresentadas, construídas *“em contato com o cuidado aos usuários e a interseccionalidade à qual estão submetidas as mulheres e os idosos diante da pandemia de Covid-19”* (p.172).

No texto **Ressoam em nós as marcas do que vivemos: a micropolítica do trabalho na visão de profissionais e gestores em Manicoré-Am**, as autoras destacam os efeitos da pandemia na organização do trabalho, processo de cuidado e na saúde do trabalhador com o objetivo de identificar as forças e potências locais no enfrentamento à Covid-19. Também trazem à reflexão as dificuldades e potencialidades na organização da Atenção Básica e ressaltam as estratégias para seu fortalecimento na realização do cuidado em saúde. Apresentam, a partir da visão dos gestores e profissionais, as percepções sobre as problemáticas e sua resolutividade. Fazem importantes reflexões sobre a micropolítica do trabalho, produzindo questões que tensionam, mas também desafiam a construção de estratégias e ações que possibilitem a oferta do cuidado no cotidiano dos territórios, incluindo a atenção à saúde dos trabalhadores. A partir das narrativas dos gestores e trabalhadores, somos conduzidos pelo caminho das potencialidades de um território que é vivo e criativo. Sinalizam as dificuldades e desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Ainda nos apresentam nos *“aprendizados da pandemia”*, as reinvenções das trajetórias dos profissionais para a realização do cuidado de si e das suas gentes.

Em **As temporalidades da pandemia na terra do boi bumbá, Parintins, Amazonas**. Somos convidados à leitura de um texto que nos fala de tempo, dimensões, intensidades. Ao relatar as estratégias e ações da gestão, trabalhadores e usuários da saúde do município, somos apresentados aos efeitos da pandemia na vida das pessoas e nos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde a cada onda de disseminação do vírus. Nos relatam temporalidades, espacialidades e as continuidades da pandemia e das doenças que já eram existentes antes da sua chegada. Tempo e espaço ganharam outros sentidos, foram experimentados de outros modos, ressignificaram modos de estar com as outras pessoas e em contextos antes pouco utilizados, como o das tecnologias móveis. As exigências de mudanças nas práticas de convivência e os deslocamentos no acesso à saúde, colocou importantes desafios para a gestão, a vigilância e a atenção básica em saúde. O período mais trágico

aconteceu com a falta de oxigênio, que marca a pior gestão governamental no enfrentamento à pandemia, ficando marcada nas experiências dos trabalhadores e usuários diante das inúmeras dificuldades de acesso a recursos de salvamento. Marcas de um espaço-tempo que demandará ainda muito esforço para elaboração, mas também das potencialidades do cuidado quando é realizado pela equipe e de modo colaborativo.

O enfrentamento à pandemia em Presidente Figueiredo, Amazonas: entre quedas d'água, movimentos intersetoriais criativos para mitigar os efeitos da Covid-19, nos traz a perspectiva de usuários e trabalhadores sobre a pandemia. No período inicial da pandemia, o cenário foi muito semelhante aos outros territórios, marcados pela *“escassez de oxigênio, falta de trabalhadores de saúde, ineficiência de protocolos e fluxos de atendimento, ausência de estruturas físicas que comportassem as demandas e falta de profissionais de insumos necessários para a manutenção da vida”* (p.212). Por outro lado, foi destacado um cuidado humanizado e solidário por parte dos profissionais de saúde. Ainda os usuários reconheceram e identificaram a presença dos trabalhadores da atenção básica nas visitas domiciliares para as orientações de prevenção e proteção contra a Covid-19, mostrando a relevância do SUS no município.

Em **O cuidado em saúde na dimensão transfronteiriça: gestão e trabalho numa pandemia**. Os(as) autores(as) nos convidam a refletir sobre as potencialidades e as dificuldades da oferta de cuidado em saúde em região fronteiriça. Para tanto, são trazidas as narrativas de usuários e trabalhadores como um exercício, não somente de memória, mas de recriação que se atualizam à medida em que a pandemia percorre o tempo. Mostram como foi necessária uma *“vigilância diferenciada”*, bem como muita negociação entre os países. Com dinâmica e cultura distintas, a fronteira exigiu atuações distintas. *“A pandemia do Covid-19 na tríplice fronteira produziu uma disrupção e desestruturação dos serviços prestados à população nos três países (Brasil, Colômbia e Peru), especialmente na Atenção Básica que é a principal porta de entrada das pessoas”* (p. 215). É importante ressaltar que as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) atendem os moradores dos três países, o que produz tensionamentos, mas há um processo de criação de estratégias para a atenção integral. Desta forma, o diálogo permanente entre os países é fundamental e deve promover o compartilhamento de estratégias e a construção para a solução dos problemas emergentes da pandemia. Para os(as) autores(as), *“a fronteira não será mais a mesma depois da pandemia porque aprendemos que para a produção da saúde as fronteiras são limites geopolíticos, mas não limitam a ajuda humanitária e a solidariedade com o outro”* (p. 225).

No texto **Que dizem os aspectos locais sobre os efeitos da Covid-19 na organização da vida em Tefé, AM**, o objetivo foi analisar como os aspectos locais refletem os efeitos da Covid-19 na vida das pessoas, na organização do trabalho em saúde expressos na força local do território. Apontam a importância do município de Tefé como articulador dos serviços de maior complexidade. Discutem como características específicas desse município foram relevantes no enfrentamento à pandemia, a saber a existência de Unidades de Conservação e a localização entre os Rios Solimões e Japurá, uma “*composição socioambiental*” que possui implicações para os determinantes de saúde desse território. Nas narrativas dos trabalhadores de saúde, as vivências aparecem como permeadas pelo temor da contaminação, mas havia a determinação de produzir processos de cuidado implicados com o território. As falas dos profissionais evidenciaram a presença das resistências e as potências do sistema de saúde, assim como as ações solidárias e o compromisso humanitário.

O texto **Movimentos da saúde em Itacoatiara/Am: da pintura na pedra às marcas da pandemia**, faz reflexões sobre o cenário da pandemia a partir das ações e estratégias dos usuários do SUS. O município como referência de acesso aos serviços de saúde na Região de Saúde Médio Amazonas, mostrou que os usuários conviveram com as mudanças no acesso aos serviços de saúde e as práticas sociais necessárias para o enfrentamento à pandemia de Covid-19. A pesquisa com usuários mostrou como as informações permearam o acesso à informação, a adesão às medidas sanitárias e a confiabilidade nas informações repassadas pelos profissionais de saúde. A narrativas dos usuários traz à reflexão as transformações produzidas na pandemia neste município. Traz também as estratégias potentes das articulações entre usuários e trabalhadores dos serviços na busca de alternativas para melhorar os resultados no cuidado de todos. E, por fim apresenta a necessidade de uma reorganização dos serviços e programas para lidar com os efeitos da pandemia. Esta deve ser colaborativa, intersetorial e participativa para produzir o cuidado em saúde da população.

O último capítulo da segunda sessão, **A gestão e o cuidado em saúde no período pandêmico: falas e narrativas de gestores e trabalhadores do Amazonas** apresenta os resultados das oficinas realizadas com gestores e trabalhadores da saúde em 11 municípios pesquisados. As falas trazem o contexto e a realidade local, apresentando os principais problemas enfrentados durante a pandemia, mas também as estratégias e ações para qualificar o trabalho em saúde. O que se destaca no texto é apresentar os resultados da metodologia utilizada nas oficinas, mostrando a potência de uma metodologia participativa. As narrativas dos profissionais são carregadas de emoção

e de afecção diante do cenário caótico que o vírus produziu nos territórios.

As narrativas da terceira sessão são emblemáticas porque trazem a experiência de quem esteve na gestão, quem ficou em casa por ser do grupo de risco, de quem atuou nos serviços nos momentos mais trágicos da nossa história recente. O convite para escrever as narrativas das experiências foi feito a todas as pessoas participantes das oficinas, mas tivemos somente o retorno dos profissionais e gestores do município de Parintins.

O COMEÇO DE UM ESPERANÇAR POR NOVOS MUNDOS

A imagem da capa é do artista plástico, grafiteiro, Rai Campos (Raiz). A imagem compõe uma série de outras imagens grafitadas pelas ruas, viadutos, prédios, parece da cidade de Manaus. Essa imagem imensa está num reservatório de água que pode ser visualizada de quem vem da Ponta Negra. Todos os dias passo por ela e me sinto protegido pela “Mãe D’Água”, que segura o universo e, ao mesmo tempo, nos acolhe.

A “Mãe D’Água”, pintado no reservatório da Águas de Manaus na Ponta Negra. Feito a 27 metros do chão em parceria com outros colegas grafiteiros, o painel representa sua amiga indígena Margô, de São Gabriel, em homenagem ao espírito que gera, acolhe, ama e garante o sustento a todos, para chamar atenção sobre os cuidados com o planeta”³.

Por tudo que passamos na pandemia, contato e descrito nesse livro, precisamos ser acolhidos pela Mãe D’Água, para a sustentabilidade do planeta e para a vida plena de todos. Não é à toa que as mãos são de uma indígena do município de São Gabriel da Cachoeira, que traz a força de lugar marcado pela presença de diversas etnias e de lugares sagrados e encantados. Portanto, esperamos por reconhecimento de novos mundos e novas formas de vida, pois o projeto desse mundo e dessa humanidade fracassou, como alerta Ailton Krenak (2021).

Por fim, vamos nos deixar cuidar pela Mãe D’Água para a promoção de outros mundos possíveis, para a existência de diversos universais que compõem o pluriverso, por uma ciência comprometida com os povos da floresta, e pelo diálogo intercultural entre as várias gentes e entre humanas e não-humanas. Que as palavras e narrativas deste livro nos mobilize para o esperar.

3 - A Crítica, 21/07/2020. <https://www.acritica.com/entretenimento/artista-raiz-campos-representa-o-amazonas-no-projeto-fabrica-de-graffiti-1.37078>

REFERÊNCIAS

- Anapios, L.; Hammerschmidt, C. (orgs). (2022). Introducción. **Política, afectos e identidades en América Latina**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Guadalajara: CALAS; San Martín: UNSAM; Jena: Universität Jena; Alemania: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Barros, M. (2013). Biblioteca Manoel de Barros (coleção). **Tratado Geral das Grandezas do Infinito**. São Paulo: LeYa.
- Bringel, B.; Pleyers, G. (2020). Introducción: La pandemia y sus ecos globales. Alerta global. **Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Lima: ALAS.
- Brum, E. (2021). **Banzeiro Òkòtò: uma viagem à Amazônia centro do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Crudi, R. G.; Ocampo, M. R.; Zagami, M.; Vallejos, T. (2022). **En tiempos de nuevas pestes. Crónicas de una coproducción en el Barrio Ejército de los Andes**. Provincia de Buenos Aires. Argentina. In: Garita, N.; Schmukler, B.; Botero-Gómez, P.; Tomažič, A. C.; Uribe, M. N. R. Pandemia y transformaciones pluricivilizatorias. Lima: ALAS: CLACSO.
- El Kadri, M. R.; Schweickardt, J. C.; Freitas, C. M. (2022). Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface (Botucatu. Online)**, v. 26, p. e220056.
- Garita, N.; Schmukler, B.; Botero-Gómez, P.; Tomažič, A. C.; Uribe, M. N. R. (2022). **Pandemia y transformaciones pluricivilizatorias**. Lima: ALAS: CLACSO.
- Grima, J.M. (2022). El Covid 19 y las desigualdades sociales en América Latina. Neocolonialidad/neoliberalismo, necropoder y pandemia. In: Garita, N.; Schmukler, B.; Botero-Gómez, P.; Tomažič, A. C.; Uribe, M. N. R. **Pandemia y transformaciones pluricivilizatorias**. Lima: ALAS: CLACSO.
- Krenak, A. (2021). **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kopenawa, D. & Albert, B. (2015). **A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lima, R. T.S.; Simões, A.; Heufemann, N.E.; Alves, V. (2016). Saúde sobre as

águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). 2016. **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Marin, R. E. A.; Nunes, P. M. P.; Martins, C. C. (Orgs.). (2020). **Conflitos territoriais e povos e comunidades tradicionais: descrição etnográfica de territorialidades específicas**. São Luís: EDUEMA.

Morin, E. (2021). **É hora de mudarmos a via: as lições do coronavírus**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.

Palermo, A.; Rojas, J.; Ruiz, M. N. (2022). Presentación. In: Garita, N.; Schmukler, B.; Botero-Gómez, P.; Tomažič, A. C.; Uribe, M. N. R. **Pandemia y transformaciones pluricivilizatorias**. Lima: ALAS: CLACSO.

Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A. A. (Orgs.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 16).

Soares, Elaine Pires; Schweickardt, Júlio Cesar; Guedes, Thalita Renata Oliveira das Neves; Reis, Ana Elizabeth Sousa; Freitas Joana Maria Borges (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. Disponível: <https://editora.redeunida.org.br/project/a-arte-do-cuidado-em-saude-no-territorio-liquido-conhecimentos-compartilhados-no-baixo-rio-amazonas-am/>

PESQUISA PARTICIPATIVA NA AMAZÔNIA: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Alcindo Antônio Ferla

Júlio Cesar Schweickardt

INTRODUÇÃO

Houve um tempo em que este texto começaria com “*Segundo o autor tal (ano) a pesquisa é...*”. Mas o fato é que desejamos trazer reflexões sobre a pesquisa experimentada, sentida, vivida. Para isso, iniciamos com a referência à “*Ecologia de Saberes*” de Boaventura de Sousa Santos (2007), que nos desafia às conexões com os saberes que ocupam e são produzidos em cada território, esvaziando a lógica colonialista do conhecimento vigente. Em seguida, buscamos romper com a ideia do conhecimento como representação da realidade, para destacar um jogo genealógico de forças que produzem intensidades e, dessa forma, ativam a complexa dinâmica dos territórios. Ou seja, mais do que uma metafala sobre a Amazônia, parece-nos oportuno falar sobre os efeitos das amazoniedades nas pessoas que se ocupam da pesquisa ao entrar no “*Amazonas moreno, tuas águas sagradas, são lindas estradas, são contos de fada, ó meu doce rio*” (Braga & Oliveira, 1992). Por fim, não se trata somente de uma dimensão metodológica, mas também de uma reflexão epistêmica.

O caráter “*participativo*” é a estratégia de hibridizar a racionalidade vigente, que coloniza o “*local*” e seus saberes, mas também simplifica a dinâmica complexa dos fazeres do cotidiano (Ferla, 2021). O participativo não fala apenas da abertura à participação, ou, ainda menos, da estética humanizada do participante da pesquisa. Fala do diálogo intenso, da mestiçagem de lógicas e formas de construir o conhecimento, com contribuições estruturais dos saberes tradicionais. Ou seja, não se trata da não ciência ou da sua negação, mas da abertura à ciência complexa. O mestiço aqui é sentido como um entrelaçamento de pontos, linhas, saberes e sa-

bores, cores e tons que nos colocam sempre numa relação de estranhamento e de aproximação com o diferente.

Ademais, falar de uma “*pesquisa de intensidades*” significa conceber que os fenômenos em estudo sempre são dinâmicos e em-movimento e, portanto, quando o pesquisador projeta sobre eles a perspectiva vigente, produz uma nova linha de força que tem como efeito o aprisionamento da dinâmica em uma estabilidade visível, representacional. Não temos a pretensão de representar os fenômenos como fruto do experimento, da prova que constitui uma véritas (uma verdade experimentada), mas deixar ou se deixar pelo vivido, no fluxo dos movimentos que se constituem enquanto uma pesquisa em ato, como um conhecimento em processo e aberto à dialética das contradições e dos complexos.

Nessa perspectiva, a pesquisa desloca essa tradição científica para outro lugar: aquele que pretende tornar visíveis mais variáveis que intervêm na dinâmica do fenômeno em estudo. Ao dar texto à dinâmica das forças, que constitui essa visibilidade, a pesquisa de intensidade também constitui lugar para essas forças: ao mesmo tempo em que aproxima a pesquisa da aprendizagem significativa, o pesquisador é também aprendiz, ator e sujeito; também, cada ação de pesquisa, ao invés de afirmar o já sabido, aposta nas emergências, tornando a ação da pesquisa num “*encontro feliz*”, na perspectiva espinosiana (Spinoza & Chauí, 2015). Ou seja, a pesquisa participativa também assume contornos de pesquisa de intervenção.

Encarar o desafio de pesquisar na Amazônia é, sem dúvida, uma escolha pelo estranhamento do próprio ato de pesquisar, pois vivenciar a diversidade dos territórios e seus modos de vida, nos conduz para mundos distintos em que humanas e não humanas se relacionam. A Amazônia guarda tantas amazônias que o pensamento não consegue abstrair, pois cada lugar se constitui numa universalidade, formando um *complexus pluriverso*. Assim, o pesquisador torna-se uma parte do todo que ainda não conhece, participando de um permanente devir, um constante vir-a-ser.

O território amazônico é território líquido, uma categoria analítica, mas também um conjunto de transformações que o reconhecem como território vivo (Schweickardt, Lima *et al.*, 2022), que não se reduz à representação técnico-geográfica que se produz para identificá-lo, e como “*dispositivo de experimentação*”, onde a aprendizagem e a transformação do mundo derivam das conexões que se estabelecem no tempo e espaço da pesquisa (M. Santos, 2008).

A investigação científica, como propomos, é orientada por um método, cuja

intencionalidade busca compreender as dimensões profundas e significativas que não aprisionadas em variáveis (Wallerstein & Bernstein, 1988). A produção de um conhecimento pertinente, comprometido, participativo e contra o desperdício da experiência, fundamentado nas relações em territórios em constante movimento.

Pesquisar é um ato político, sendo uma escolha ética e um compromisso com as formas de vida nos territórios. Ao pesquisar, realizamos escolhas pelos caminhos metodológicos que podem ser inclusivos, ou do tipo que representativo que toma o lugar de fala do outro. Portanto, adotamos uma perspectiva freiriana, que entende que as relações como uma ação pedagógica e transformadora da realidade. Por fim, a opção teórico-metodológica é por uma pesquisa que se coloca COM os sujeitos e grupos sociais na perspectiva de colocar a realidade como lugar da práxis (Schweickardt *et al.*, 2021).

Este capítulo materializa a experiência na pesquisa com abordagem participativa na Amazônia que têm como objetivo fazer COM, com um método de mestiçagem com os povos, grupos, comunidades e pessoas. A análise crítica dos problemas de pesquisa passa também pelo ato de pesquisar e do como se faz na relação com os outros sujeitos. O pressuposto é pela emancipação das pessoas, tendo a pesquisa como um processo educativo e político de libertação das amarras coloniais.

A PESQUISA PARTICIPATIVA E A ECOLOGIA DOS SABERES

A investigação científica clássica apresenta a lógica do método como uma construção a partir da intencionalidade do pesquisador que objetiva o conhecimento. A ciência normal, nos termos Kuhnianos, é de caráter demonstrativo, tendo o método como o principal critério de validade do conhecimento. Isso faz com que a descrição da metodologia seja um ritual de revisão das considerações de técnicas e métodos do “*modelo*” validado. Entretanto, Minayo (1992) nos lembra que metodologia é o “*caminho do pensamento*” para descrever um percurso investigativo e, portanto, a apresentação de uma pesquisa requer uma discussão epistêmica da articulação do fenômeno estudado com as teorias prévias; uma discussão aprofundada sobre métodos e técnicas de produção e análise de dados, que pretendem representar a realidade em estudo; e uma construção autoral, que a autora chama de “*criatividade*” do pesquisador, com duas dimensões: a honestidade intelectual de caracterizar as implicações do pesquisador com o fenômeno em estudo; e a abertura à inovação que, em alguma medida, se alimenta das tensões e quebras paradigmáticas, como alertou Thomas Kuhn (2000). Madel Luz (2005) lembra que o hard core da ciência é a criatividade, a liberdade de conexão do pesquisador com os desafios e pro-

blemas de cada tempo e sociedade, que se traduz em escolhas teóricas e metodológicas e formas de expressão da disseminação do conhecimento.

Minayo (1992) nos lembra que a metodologia não é uma questão formal e que a situação do pesquisador não é fácil e nem precisa. Mesmo as ciências da natureza, que inauguraram o padrão de ciência vigente e, com ele, a ideia própria de cientificidade, vêm revolucionando os padrões, como a teoria da relatividade, na física quântica, a reprodutibilidade da vida, na botânica, entre outros. Desta forma, a *“história da ciência não revela um ‘a priori’, mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo de conhecimento”* (Minayo, 2019, p. 16).

No entanto, a pesquisa de abordagem participativa, que utiliza de diferentes metodologias, coloca seu foco na relação com os sujeitos e os territórios, portanto, o sujeito de conhecimento não está no pesquisador em si, mas disperso na relação do sujeito pesquisador com outros sujeitos que estão no território. Numa realidade de tantas gentes da Amazônia, uma postura epistêmica de diálogo com os diferentes saberes, com os diversos universais e suas cosmologias, nos colocam o desafio de descolonizar os processos de produção do conhecimento. As abordagens mais frequentes esvaziam a potência do território e de suas populações reduzindo os lugares ao representado, à falta, ao adverso, à anormalidade, o que cria invisibilidades e uma realidade do tamanho do “problema” de pesquisa do pesquisador. Assim, pesquisar não é construir uma representação simples da natureza e da cultura, por uma lógica de um pensamento ÚNICO, construindo uma história ÚNICA. Portanto, há um compromisso ético de fazer um giro epistêmico para inverter a lógica de fazer pesquisa na Amazônia, quando o método e as técnicas precisam dialogar com as epistemes que reforçam as amazevidades do território.

A dinâmica de pesquisa do tipo participativo, relacional, dialógico é de caráter indisciplinar, isto é, subverte a ordem dominante e colonizadora da ciência eurocêntrica e centralizada numa única forma de fazer e produzir o conhecimento (Mignolo, 2014). Este tipo de abordagem nos permite *“um repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos, destinados a superar a oposição sujeito/objeto”* (Brandão & Streck, 2006, p. 12). O caráter aberto e indisciplinado da pesquisa nos coloca como sujeitos em construção e em diálogo com os saberes locais.

Há muito que sabemos que *“o pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos”* (Abraão et al., 2014, p. 23). Ao experimentar esta abordagem, a pesquisa na saúde coletiva

dá um mergulho nas existências e nos modos de pensar e construir as lógicas da vida nos territórios. Portanto, não estamos simplesmente extraindo dados e construindo representações do lugar, mas nos colocamos ao lado das pessoas do lugar para não “*projetar sombra*”, nas palavras da liderança indígena Tikuna, sobre os que estão envolvidos na pesquisa. Disse Adir Tikuna, “*queremos estar ao lado e não atrás porque atrás estaremos na sombra*”. Esse é o desafio ético-político, de construir abordagens que permitam estar ao lado, mas antes temos a tarefa de descolonizar o pensamento científico.

A sociologia das ausências, segundo Boaventura de Sousa Santos (B. de S. Santos, 2006, p. 101), “*visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe*”. O objetivo da sociologia das ausências, portanto, é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. E questiona: o que existe no Sul que escapa à dicotomia Norte/Sul? O que existe na medicina tradicional e indígena que escapa à dicotomia medicina moderna/medicina tradicional? O que existe nas comunidades ribeirinhas que dialoga com as ações de promoção e prevenção da atenção básica à saúde? As contradições e as dialogias são parte constituintes da realidade, mas nem sempre habita os métodos da ciência porque está ocupada com a medida da régua da epistemologia única que invisibilizou os outros modos de pensar.

A sociologia das ausências consiste em demonstrar a produção da não existência, ou seja, criar as condições de possibilidade dos saberes invisibilizados, pois o que não existe na verdade é produzido como não existente. Segundo Boaventura, “*há produção da não existência toda vez que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível*” (B. de S. Santos, 2006, p. 102).

Na Amazônia apresentadas nas matérias jornalísticas e nos panfletos turísticos, está presente o juízo sobre o lugar - um cenário que oscila entre o paraíso e o inferno, um lugar romantizado e, ao mesmo tempo, de pragas, de doenças tropicais, das queimadas e desmatamento. Mas o que dizem os povos da floresta (composto por uma grande diversidade cultural e epistêmica) sobre o seu lugar e o seu mundo? O que significa o lugar e o território para cada povo? Assim, os caboclos, ribeirinhos, indígenas, quilombolas e tantas misturas têm o “*lugar de fala*” sobre si, sobre o conhecimento e sobre os atos de pesquisa.

A ecologia de saberes, segundo Boaventura de Sousa Santos (2018a, 2018b) é uma das formas de operar a sociologia das ausências, no sentido de se contrapor à lógica da produção da não existência. Seu ponto de partida é

fazer uma crítica sobre o processo histórico pelo qual a ciência moderna ocidental marginalizou ou descredibilizou os conhecimentos tidos como não científicos, apontado pelo autor como “*epistemicídio*”.

A ecologia dos saberes promove o encontro entre os saberes considerados não científicos, que emergiram das lutas sociais contra a desigualdade e a discriminação, uma vez que se centra na ideia de que todo conhecimento é interconhecimento, reconhecimento e autoconhecimento. Pressupõe que a injustiça social está fundada na injustiça cognitiva e que “*não há ignorância em geral nem saber em geral*”, é necessária para uma “*igualdade de oportunidades*”, uma sociedade mais justa e mais democrática. Para tanto, os valores cognitivos não podem ser separados de valores éticos e políticos (B. de S. Santos, 2006). Desta forma, Boaventura traz à discussão o modo de agir da sociologia das emergências que propõe alternativas a partir de possibilidades concretas, ressaltando que a sociologia das ausências acontece no domínio das experiências já disponíveis, enquanto a sociologia das emergências busca expandir o domínio das experiências sociais possíveis. Desse modo, é necessário um trabalho de tradução intercultural que incide sobre saberes, práticas e agentes. Traduzir é:

identificar preocupações isomórficas entre culturas e explorar suas respectivas respostas, seu objetivo é sempre construir possibilidades contra hegemônicas de saberes e acontece através de trabalho argumentativo nos diferentes mundos, saberes e experiências quando são partilhados. A tradução busca criar as condições para uma justiça social global a partir da imaginação democrática (B. de S. Santos, 2007, p. 80).

Santos (2007) ressalta a necessidade de lutar pela visibilização de formas de conhecer e compreender o mundo que foram invisibilizadas pela racionalidade da ciência moderna e pela colonialidade do saber que ela ajudou a sustentar. A modernidade, surgida na colonização a partir da Europa no século XVI, é marcada pelo patriarcalismo, racismo, machismo e o capitalismo (Mignolo, 2014). Decolonizar significa transformar as relações de poder, do ser e do saber para a produção de novas formas de conhecimento e de produção de vidas.

A pesquisa participativa é uma forma de criar as condições para as alternativas à ciência através dos múltiplos saberes e conhecimentos, pois a “possibilidade de um futuro melhor não está, assim, num futuro distante, mas na reinvenção do presente, ampliado pela sociologia das ausências e pela sociologia das emergências e tornado coerente pelo trabalho de tradução” (B. de S. Santos, 2006, p. 133). Desse modo, podemos construir COM as pessoas, os grupos, as comunidades práticas que transformam e promovem a efetiva construção de espaços para todos os tipos de saberes.

AS EXPERIÊNCIAS DA PESQUISA PARTICIPATIVA NA AMAZÔNIA

A abordagem participativa tem sido a base das pesquisas realizadas pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). Partimos do pressuposto de que todos tem lugar de fala, sabem e tem algo a dizer sobre suas práticas. Os encontros produzem modificações, pensamentos, conexões, inovações nos modos de agir e sentir. São encontros de forças, forças que se potencializam à maneira de existir no mundo, corpos que se afetam e modificam o outro corpo (Spinoza & Chauí, 2015).

Nesse sentido, compreendendo a existência do outro como produtor de pensamento, a abordagem participativa tem como ferramenta as entrevistas coletivas, em forma de oficina, produzindo um deslocamento na forma de pesquisar. A proposta é todo conhecimento seja produzido coletivamente, fazendo sentido para todos os que participam do contexto da pesquisa.

No caso deste estudo, a pesquisa participativa se iniciou com o levantamento em campo, por meio de diálogos com os gestores e as equipes das Secretarias Municipais de Saúde, permitido a troca de saberes e práticas sobre saúde e território, *“pois qualquer ser humano é, em si mesmo e por si mesmo, uma fonte original e insubstituível de saber”* (Brandão & Streck, 2006, p. 13). O que se esperava com isso? A aproximação do modo de vida nos territórios da atenção básica, a identificação de problemas para pesquisa e a escolha das Unidades Básicas de Saúde participantes. Os grupos se organizaram, refletiram e apresentaram suas reflexões para perguntas e debates assertivos. Mas porque definir as demandas de pesquisas coletivamente? Não é mais prático ter um planejamento fechado, com prazos, metas e produtos bem estabelecidos? Como nos diz Santos (2006), para romper com modelo de racionalidade imposto pelo Sul Epistemológico (razão indolente), é necessário propor outro modelo (razão cosmopolita) para o Norte Epistemológico, cujos fundamentos se baseiam nas *“sociologias das ausências”* e *“sociologia das emergências”*, e no trabalho de tradução intercultural.

Quando definimos demandas de pesquisa coletivamente estabelecemos uma mudança de paradigma, abandonando o reducionismo que tem pautado a investigação científica em todos os campos, e dando lugar à criatividade e às emergências possíveis diante do contexto da pandemia de Covid-19.

Nas entrevistas coletivas, inicialmente, utilizamos as técnicas de acolhimento e construção coletiva, da Árvore Explicativa de Problemas (**figura 3**), do Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – ZOPP (**figura 4**) e da narrativa (**figura 5**), que auxiliaram os participantes na identificação de problemas e soluções encontradas pelas equipes de atenção básica e permitiu

Figura 5. Narrativa, Manicoré - AM.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2022.

Com as experiências apresentadas pelos entrevistados na oficina, percebemos a necessidade de incluir duas técnicas, o corredor do cuidado (figura 6) e a dança circular (figura 7), utilizadas na Educação Popular em Saúde, para acolher as reflexões, angústias, frustrações e alegrias externadas pelos participantes nos encontros. Buscando naquele momento, valorizar a realidade e os sentimentos deles, mobilizando a criatividade do pesquisador e, produzindo a pesquisa viva em ato.

Figura 6. Corredor do Cuidado, São Gabriel da Cachoeira, Am.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2022.

Nos encontros, o compartilhamento das ideias se constituiu no próprio ato de pesquisar, produzindo metodologias de aproximação do campo. A participação pressupõe uma autoria coletiva, portanto, todas as pessoas envolvidas na produção das informações se constituem como autores de produções. O conhecimento coletivo produzido coloca em debate as relações de poder na produção da ciência, que tem como característica a hierarquização dos saberes (Schweickardt, Ferla *et al.*, 2022). Os passos da trilha metodológica são descritos no quadro a seguir:

Quadro 1. Técnicas de abordagem participativa

Técnica	Intencionalidade	Passos da Trilha Metodológica
Acolhimento e construção coletiva	Refletir sobre a construção coletiva e a importância de todos nesse processo	1 Em uma folha de papel, cada participante desenha uma parte do rosto. A cada rodada a folha de papel circula entre os participantes. Ao final, solicitar os participantes falam sobre sua percepção durante a dinâmica e nomeia sua obra de arte. É enfatizada a obra coletiva, em que cada um realiza uma parte, contribuindo com o desenvolvimento do todo.
Árvore Explicativa de Problemas	Estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no território	2 Registro na tarjeta de um problema no serviço relacionado à pandemia de Covid-19 3 Revisão dos problemas para agrupamento por temas e identificação do problema central. 4 Construção da Árvore explicativa dos problemas, situando os problemas com suas relações de causa-efeito. O caule será o problema central; as raízes causas; a copa efeito/consequências; a. Identificar e organizar as causas imediatas abaixo do problema central e as causas mediatas, abaixo dessas e assim por diante, através de um encadeamento lógico de causa-efeito; b. Definir os efeitos/consequência do problema central; c. Examinar a árvore de problemas, verificando se as relações de causa-efeito estão corretas e se é necessário acrescentar alguma causa e/ou efeito/consequência importante.

Dança circular	Promover bem-estar, físico e emocional, bem como a integração dos participantes do grupo	5 Os participantes são convidados a ficar em círculo. Cada participante aciona um movimento no grupo, demonstrando o melhor de si em busca de uma unidade. Ao fundo uma música (preferencialmente folclórica do território), impulsiona uma coreografia criada e recriada por todos.
Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – ZOPP	Promover a definição de objetivos e ações claras e exequíveis para a realidade de cada município.	6 Elaboração do plano para a resolução dos problemas pequeno grupo. Com base no problema central e nas causas identificadas serão formulados objetivos (O), e para cada objetivo serão formuladas ações (A) e metas/produtos (M). 7 Sistematização das Demandas (modelo de Matriz). O preenchimento da matriz é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do planejamento. Deve-se buscar o maior detalhamento possível visando evitar o imprevisto e a assegurar a execução das ações por intermédio dos responsáveis no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis. 8 Apresentação e discussão do Plano de Ação no grande grupo.
Narrativa	Promover a construção do conhecimento em saúde a partir da percepção da realidade dos profissionais.	9 Cada participante escreve na tarjeta uma frase sobre uma experiência marcante na pandemia. Em seguida, cada participante lê sua tarjeta e conta sua experiência. Após, a exposição o facilitador solicita que os participantes em duplas ou grupos, escolham uma experiência que fez sentido para todos e a escreva (de 2 a 5 laudas).
Corredor do cuidado	Estimular o acolhimento e aproximação entre os profissionais de saúde participantes do grupo.	10 Os participantes se colocam em duas filas (uma em frente a outra), formando um corredor. Com uma música com sons da natureza e relaxante ao fundo, cada participante passa neste corredor de olhos fechados e recebe dos demais palavras de incentivo, perfumes da natureza, massagens nas mãos e nos ombros. Ao final cada participante é acolhido com um abraço e palavras de agradecimento pela sua dedicação na pandemia.
Avaliação	Oportunizar espaço de feedback dos participantes	11 Cada participante escreve em uma tarjeta, completando a frase iniciada com “que bom que ...” (aspectos positivos), “que pena que...” (fragilidades) e “que tal que ...” (sugestões). Em seguida, expõe para o grupo suas reflexões.

Fonte: Sistematização dos autores, 2022.

Dentre as atividades realizadas no quadro, destacamos a necessidade in ato de reconhecer nos movimentos do grupo os direcionamentos do acontecimento na pesquisa, como foi a ação do “corredor do cuidado” e da “*dança circular*”. Ações que as pesquisadoras compreenderam ser uma demanda da coletividade, relacionada ao estresse vivenciado na pandemia e no seu percurso ainda vigente.

Esse fato nos intimou com uma certa força que pode ser compreendida pelas lentes da complexidade. Madel Luz (2009), ao referir a complexidade das leituras da saúde coletiva, alerta que as tensões disciplinares da racionalidade da ciência moderna e entre essas, as lógicas pragmáticas da organização da vida, constituem vitalidade ao conhecimento produzido por esse campo de saberes e práticas.

Desse modo, as “*tensões*” expressam “*ruídos*” e processos rizomáticos, mais do que formas lineares de aplicação de conhecimentos e técnicas sobre o cotidiano. Foi inicialmente necessário, depois oportuno para a articulação de saberes e práticas nos territórios, desenvolver métodos e técnicas de produção de dados, mas também de análises, que tivessem a capacidade ampliada de escuta.

Não se trata de combinações fixas entre métodos e técnicas, senão de um processo alquímico em que, a cada momento, se busca um platô ampliado

de realizar essa escuta, dado que o seguimento da pesquisa também ensina ao pesquisador, que se torna, ele mesmo, uma produção rizomática entre sujeito/objeto, entre diferentes saberes e práticas, entre a representação do território e os devires que o constituem.

Destacamos que as técnicas participativas despertam a reflexão e as dimensões criativa e sensível dos sujeitos. A análise coletiva realizada por meio da problematização do cotidiano e busca por soluções, objetiva construir um conhecimento que contribua para o aprioramento da Política de Saúde com e para população do território líquido.

Nessa perspectiva da pesquisa, o território líquido é também “*território vivo*” e não se submete à representação tecno-geográfica, nem dele nem das existências que ali interagem e exercem suas criações. Portanto, nessa modelagem de pesquisa, todos os participantes da oficina são pesquisadores e pesquisadoras, pois são opções éticas, estéticas e políticas de corpos marcados (afetados) pela experimentação (Martins *et al.*, 2022).

Experimentar o campo, vivenciar essa aproximação do campo nos permitiu ressignificar o planejamento da pesquisa, haja vista os desafios encontrados durante a realização dos encontros com uso de técnicas da abordagem participativa como:

- Permanecer com a atenção e o interesse dos participantes, como algo que tem sentido na vivência deles;
- Compreender a dinâmica da vida do lugar: horários de descanso, trabalho, família;
- Retomar o objetivo do encontro na orientação da ação, como o ZOOP;
- Conduzir as atividades sem interferir nas decisões do grupo: exercício da humildade cultural no exercício do diálogo;
- Promover a criatividade dos participantes na lógica da ecologia dos saberes.

Durante os encontros, a negociação com os participantes é essencial, constante e, ao mesmo tempo, se torna um desafio, visto que temos tempos difusos – eles estão em “casa” e nós não. Entretanto, os ganhos são maiores, dentre os quais destacamos tirar de nossas costas o peso da titulação (e dos tais conhecimentos científicos e acadêmicos) é confortante. Durante os

encontros precisamos ter a coragem e a humildade de reconhecer que nada somos sem o coletivo daqueles que abrem suas histórias, seus espaços, enfim, suas vidas para nós. O que seríamos sem eles? Pesquisadores do nada?

Ganhamos fôlego quando recebemos o afeto, um forte abraço, um verdadeiro *“prazer em conhecê-los”* ou um sincero *“amanhã estarei aqui sem falta”*, *“obrigado por este momento”*. É, sem dúvida, a certeza de que estamos no caminho coerente da pesquisa participante – aquilo que faz sentido no coletivo de gentes, sendo potente e transcendente. Transcende ao rigor científico das *“epistemologias do norte”* (B. de S. Santos, 2007), por uma construção coletiva e dialógica do conhecimento.

Santos (2021) lembra que a estratégia para o mundo pós-pandêmico é: 1. *“Democratizar”* o conhecimento válido, pois seremos melhores quando dialogarmos com outros saberes que circulam na sociedade, num movimento recíproco de aprender-com e ensinar-com; 2. *“Desmercantilizar”* com a ciência a serviço da humanidade, sem patentes, promovendo a cidadania, o reconhecimento da diversidade, o cuidado dos outros e da natureza; 3. *“Descolonizar”*, a começar pelos currículos universitários, ampliando ações afirmativas para maior justiça cognitiva e etnorracional; 4. *“Despratiarcalizar”* promovendo espaços da participação de mulheres nas gestões administrativas e científicas, geralmente comandados por homens.

Neste sentido, ousamos dizer que a pesquisa participativa é um dos caminhos que nos leva a *“democratizar”* o conhecimento existentes nos vários territórios de vida e de existência das populações amazônidas. Ao optarmos por ela, precisamos acreditar que é possível construir conhecimento COM e, com isso, promover a transformação social.

A pesquisa participativa tem o potencial de transformar, ou melhor, de transmutar nosso pensamento para vivenciarmos a pesquisa como travessia de fronteiras. Martins et al. (2022) afirmam que um bom exercício é o tensionamento de nós mesmos, ou seja, fazer o movimento de distanciamento de nós mesmos com a capacidade e olhar o outro. E que isso tenha a potência de nos modificar. Isso implica uma abertura às aprendizagens outras, que são possíveis se a pesquisa for mergulhada (eticamente, esteticamente e politicamente) no território líquido: com as gentes da Amazônia e afins.

Por fim, o fazer da pesquisa no território líquido, que intensifica as existências e conecta os seres por onde passa possibilita a pesquisa com um olhar sensível e de intensidade. Um olhar que sistematiza, organiza e desorganiza, que faz descobertas, que cria coisas, que produz conexões, textos, relatos, poesias, abraços, laços de compadrio, cartografias, teses, artigos, análises, vida, coisas outras... tão necessárias à integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um contexto de pandemia, enfrentamos o desafio de pesquisar os modos de fazer saúde na Amazônia. Aqui, no coração da floresta e na confluência dos rios, deparamo-nos com um território líquido, impregnado de saberes e fazeres próprios de um lugar onde coexistem etnias, línguas e culturas que se articulam e mesclam no cotidiano do fazer saúde com as diretrizes oficiais. Neste lugar, as expressões da modernidade e das relações em rede que se estabelecem globalmente, o “novo” pode emergir da chegada de um vírus e alcançar territórios na imensidão da floresta, mobilizando estruturas e formas de realizar o cuidado em saúde.

Este território exige e, ao mesmo tempo, permite que roteiros sejam construídos e desconstruídos de forma coletiva e que a construção da saúde não seja reduzida às relações profissionais e institucionais. É nessa confluência que esta pesquisa foi proposta, reconhecendo metodologias consolidadas, mas fazendo a opção ética e política de trazer uma abordagem de pesquisa participativa, experimentada no território líquido.

Embora a pesquisa participativa permita o uso de técnicas já conhecidas, tem a sua base numa epistemologia que reconhece a potência da interlocução entre os saberes tradicionais e científicos. Um caminho indisciplinado, com resultados nem sempre precisos ou exatos, mas que nos aproximam das realidades vividas. Nesse sentido, nem tudo vira ação imediata ou política pública, mas nos ajuda a pensar nos modos de viver, de ser, de saber nas relações e nos encontros possíveis e prováveis no território.

Assumir o compromisso de fazer pesquisa no território líquido, envolveu tanto a ampliação da participação ativa dos profissionais e gestores de saúde, como ampliou nosso olhar para a pesquisa em saúde coletiva. A pesquisa nos aproximou dos territórios e modos de vida da população amazônica, principalmente quando ficou visível as formas de enfrentamento à Covid-19. O instituído através dos planos de contingências, legislações foi uma marca da gestão e do trabalho em saúde, mas as experiências do instituído atravessaram as barreiras sanitárias e os protocolos que revelaram os medos, a ansiedade e a insegurança que a pandemia produziu nos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Entendemos que identificar o que existe no fazer saúde desses locais, o que se impõe como novo e o que persiste como específico do lugar, exige envolvimento, troca, diálogo, escuta, acolhimento, ou seja, um mergulho na realidade local. Nessa direção, fizemos a opção por técnicas participativas da narrativa, corredor do cuidado, ZOPP, dentre outros. Não estamos afir-

mando que elas, por si só, produzem a participação, mas sim, são dispositivos, que entrelaçados à intencionalidade do pesquisador, podem conduzir os participantes ao diálogo, ao reconhecimento de problemas e soluções para o coletivo naquele território.

O fazer saúde e pesquisa no território líquido não é uma construção que se dá numa relação de exterioridade em relação à população e ao lugar. A pesquisa participativa possibilita a produção de um conhecimento coletivo, tão científicos quanto outros conhecimentos científicos gerados a partir de análises reconhecidas por outras pesquisas. Por fim, destacamos que nesta forma de pesquisar, as aproximações do campo nos permitem sentir a paz e a alegria da pesquisa na Amazônia. Tornando-nos, por um momento, *“caboclo (...), com desejo infinito de plantar seu grito nas ondas do rio-mar”* (Braga & Oliveira, 1992).

REFERÊNCIAS

Abraão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Tallembert, C., Chagas, M. de S., Rocha, M., Santos, N. L. P. dos, Silva, E., & Viana, L. (2014). O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). **Em Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental** (1ª edição). Editora Rede UNIDA.

Braga, C., & Oliveira, O. (1992). **Amazonas moreno**. <https://www.google.com/amazonas+moreno/>

Brandão, C. R., & Streck, D. R. (2006). **Pesquisa participante: A partilha do saber**. Ideias & Letras.

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: A interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, 5(2), Art. 2. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>

Kuhn, T. S. (2000). **A estrutura das revoluções científicas** (5a. ed). Perspectiva.

Luz, M. T. (2005). Prometeu acorrentado: Análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 15, 39–57. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000100003>

Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**,

18, 304–311. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>

Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. de S. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “Território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 26. <https://doi.org/10.1590/interface.210361>

Mignolo, W. (2014). **Desobediencia epistémica. Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad** (2o ed). Ediciones del Signo.

Minayo, M. C. de S. (1992). **O desafio do conhecimento**. HUCITEC ; ABRASCO.

Minayo, M. C. de S. (2019). **Técnicas que fazem uso sa palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa qualitativa em ação**. Hucitec Editora.

Santos, B. de S. (2006). **A gramática do tempo: Para uma nova cultura política**. 1.

Santos, B. de S. (2007). Para além do pensamento abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEBRAP**, 71–94. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>

Santos, B. de S. (2018a). **A crítica da razão indolente: Contra o desperdício da experiência** (8a edição). Cortez editora.

Santos, B. de S. (2018b). **Na oficina do sociólogo artesão: Aulas 2011-2016** (M. P. Meneses & C. Peixoto, Orgs.). Cortez.

Santos, B. de S. (2021). **O futuro começa agora: Da pandemia à utopia** (1a ed.). Boitempo.

Santos, M. (2008). **Técnica, espaço, tempo: Globalização e meio técnico-científico-informacional** (5. ed). EDUSP.

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. das N., & Reis, A. E. S. (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: Percursos de uma pesquisa em ato**. Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329570>

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. de S., & Ferla, A. A. (2022). **Mais Médicos na Amazônia: Efeitos no território líquido e suas gentes**. Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9786587180915>

Schweickardt, J. C., Soares, E., Guedes, T. R. O. das N., Freitas, J., & Reis, A. E. S. (2021). Somos ribeirinhos: Pensamento, território e cuidado em saúde. Em **A arte do cuidado em saúde no território líquido: Conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM** (1a). Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Livro-A-arte-do-cuidado-em-saude-no-territorio-liquido-conhecimentos-compartilhados-no-Baixo-Rio-Amazonas-AM.pdf>

Spinoza, B. de, & Chauí, M. (2015). **Ética** (1a). Edusp, Editora de la Universidade de São Paulo.

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. **Health Education Quarterly**, 15(4), 379–394. <https://doi.org/10.1177/109019818801500402>

ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas

*Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Júlio Cesar Schweickardt
Fabiana Mânica Martins
Ana Elizabeth Sousa Reis
Giovanna Moreira Leal Fernandes*

INTRODUÇÃO



s epidemias e pandemias constituem um desafio à saúde pública, uma vez que seu enfrentamento envolve o planejamento e a execução de ações por diversos setores e políticas sociais, mas também a participação da comunidade.

O cotidiano da vida das pessoas se modificou ao longo da pandemia com as medidas de isolamento social, distanciamento físico e uso obrigatório de máscara. Muitas pessoas aproveitaram a possibilidade de isolamento ou do *home office*⁴ para se reconectar as atividades domésticas, o cuidado com as plantas e almoços em família. Contudo, outros muitos brasileiros precisaram conviver com o aumento da violência doméstica, a incerteza da próxima refeição, do pagamento do aluguel, do retorno ao trabalho e outros tipos de negação de direitos básicos.

Sem dúvida a pandemia atingiu o Brasil de forma desigual. Bosco (2022) analisa que devido as desigualdades extremas, acirradas pela corrupção e pouco financiamento no sistema de saúde a América Latina foi a região mais afetada do planeta. Obrigados a reconhecer que a *“incerteza acompanha a grande*

⁴ - Termo da língua inglesa, utilizado para indicar atividades de trabalho no ambiente doméstico. Algumas de suas variações são o trabalho remoto, trabalho à distância ou teletrabalho.

aventura da humanidade” (Santos, 2020, p. 12), o avanço da Covid-19 impôs à população medidas de controle das saídas/chegadas nas cidades, toques de recolher, enterros coletivos e a dificuldades no acesso aos serviços de saúde, muitas vezes colapsado.

Durante a pandemia, as condições de distanciamento entre as classes sociais foram agravadas pela restrição de ferramentas democráticas, enquanto os parlamentares que deveriam assegurar a proteção de direitos sociais e trabalhistas, aprovaram as medidas mais duras contra a classe trabalhadora em tempo recorde. As medidas autoritárias das forças de segurança da polícia de rua também aumentaram e vitimaram centenas de trabalhadores, argumentam Granemann & Miranda (2020).

Nesse cenário, emergiu a necessidade de reorganização dos processos de trabalhos em saúde, especialmente na Atenção Básica que se configura como o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (G. do Brasil, 2020).

Os serviços da Atenção Básica têm como objetivo a redução das iniquidades e melhoria nas condições de saúde e qualidade vida da população dos seus territórios, lembrando que esses territórios são compostos não só de equipamentos sociais, mas também são fábrica de relações humanas e, portanto, são embrenhadas de subjetividades. Assim, neste capítulo nos propomos a discorrer sobre as medidas da saúde de enfrentamento à pandemia de Covid-19, desenvolvidas nos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, a partir do olhar dos profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica.

OS TERRITÓRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA

O Amazonas está situado na região Norte do Brasil possui a população de 4.269.995 habitantes e a sua densidade populacional é de 2,23 habitantes/Km². A sua capital, Manaus, tem aproximadamente metade da população de todo estado, cerca de 2.255.903 pessoas (IBGE, 2021). O Amazonas possui sessenta e dois municípios, dentre os quais destacamos os participantes dessa pesquisa no mapa a seguir: Manaus (em amarelo), Manicoré (em rosa) e São Gabriel da Cachoeira (em azul).

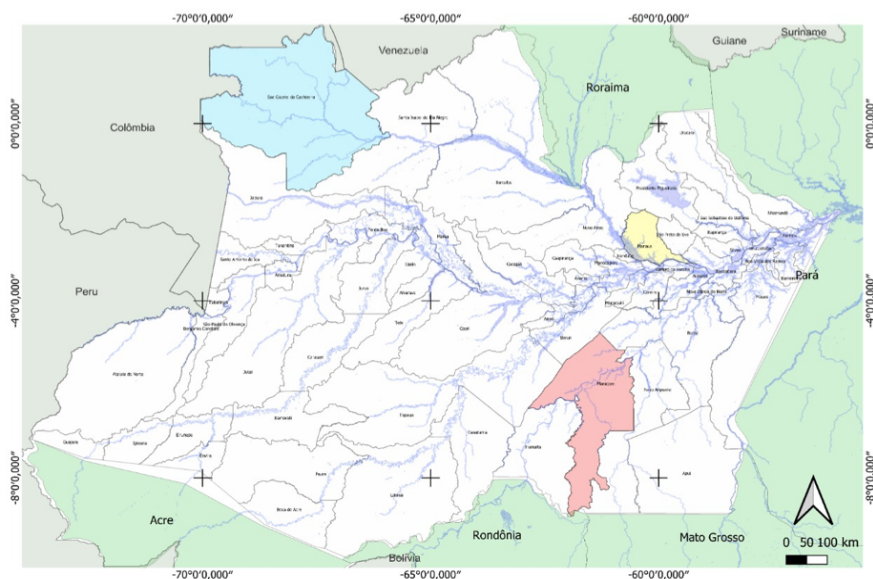
Manaus, localizada na margem esquerda do rio Negro, possuía em 2010, 129 mil pessoas em situação de extrema pobreza, com indicador de 7,0%, o que revela fortes traços de desigualdade de renda na população, uma vez que o ideal é o indicador não ultrapasse 3% da população total, segundo o Atlas ODS Amazonas (2019).

Manicoré localiza-se na margem direita do rio Madeira, entre as capitais Ma-

naus e Porto Velho. A população estimada é de 57.405 pessoas (IBGE, 2021). De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), em 2010, 26,72% da população do município eram extremamente pobres, 47,59% eram pobres e 68,47% eram vulneráveis à pobreza. No período, o Índice de Gini era de 0,60, indicando uma forte desigualdade de renda (Ferla et al., 2022).

São Gabriel da Cachoeira está localizado no extremo noroeste do estado do Amazonas, na região do Alto Rio Negro e faz fronteira com os países Colômbia e Venezuela. É o município com a maior diversidade de povos indígenas do Brasil, sendo que a cada dez habitantes nove são indígenas. São 23 povos indígenas divididos em três troncos linguísticos das famílias: Tukano Oriental, Aruak e Maku (Reis et al., 2022). A população estimada está entre 47.031 pessoas (IBGE, 2021). De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022), no período entre 2000 e 2010 houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, de 59,48% para 50,65% no município e crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município, evoluindo de 20,29% para 27,52% (Reis et al., 2022).

Figura 7. Municípios da pesquisa participativa.



Fonte: Elaborado por Lupuna Souza, 2022.

5 - O índice de Gini é uma das medidas de desigualdade de renda constantes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Seu valor pode variar entre 0 e 1 e, quanto maior, maior a desigualdade de renda existente (PNUD, 2022).

Nos três municípios foram escolhidas Unidades Básicas de Saúde, em cujo lugar foram realizadas as entrevistas coletivas, entre os meses de maio a julho de 2022. Os encontros contaram com a participação de 47 profissionais de saúde e 18 gestores da atenção básica, a maior parte dos participantes foi contratada para trabalhar na atenção básica quando se iniciou a pandemia.

Os encontros eram norteados por um roteiro com técnicas participativas, cujas intencionalidades eram: a) refletir sobre a construção coletiva e a importância de todos nesse processo; b) estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no território; c) promover a definição de objetivos e ações claras e exequíveis para a realidade de cada município; e, d) promover a construção do conhecimento em saúde a partir da percepção da realidade dos profissionais.

Tomando como base o relatório técnico “*A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil, análise dos decretos estaduais no primeiro mês*”, publicado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (2020) foram definido quatro códigos ou categorias de análise: coordenação; atenção primária; vigilância em saúde; informação e comunicação, cujas definições são descritas no quadro a seguir:

Quadro 2. Código de análise de medidas de prevenção e controle da Covid-19.

Código de análise	Definição
Coordenação	Medidas envolvendo atores do setor saúde que atuem na gestão da emergência em saúde pública, tendo como base o monitoramento e o planejamento de ações intersetoriais necessárias para uma resposta efetiva e oportuna (CEPEDES, 2020).
Atenção Primária	Medidas relacionadas aos fluxos de atendimento da Atenção Primária à Saúde para garantia de manutenção da assistência de saúde nas Unidades Básicas de Saúde de maneira a assegurar o acompanhamento, monitoramento e vigilância da população coberta pela rede de atenção (CEPEDES, 2020).
Vigilância em Saúde	Medidas e ações de monitoramento e vigilância, prevenção e controle da Covid-19 relacionadas ao manejo da resposta (CEPEDES, 2020).
Informação e Comunicação	Medidas e estratégias de produção e divulgação regular de informações sobre a evolução e quadro atual da emergência em saúde pública, bem como desenvolvimento de estratégias de comunicação para população e com os demais setores da sociedade (CEPEDES, 2020).
Participação da Comunidade	envolvimento de membros da comunidade nos afazeres desta comunidade. É também participação popular que compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou de serviços básicos de saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, dentre outros (Alves, 2018a).
Saúde do Trabalhador	promoção e manutenção no mais alto grau do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus labores, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados a suas aptidões fisiológicas e psicológicas (Alves, 2018b).

Fonte: Alves, 2018a, 2018b; CEPEDES, 2020.

Além dos códigos definidos previamente, durante os encontros emergiram na fala dos participantes, os códigos “Saúde do Trabalhador” e “*Participação da Comunidade*” que foram conceituados com base nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS).

Com base nos códigos e na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) foram examinadas as medidas de enfrentamento tanto nos decretos e portarias disponíveis no banco de dados do Diário Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado do Amazonas e do Diário Oficial de Manaus, tendo como palavra-chave de busca “*Covid-19*”, quanto no Plano Estadual de Saúde Amazonas (2020-2023) (PES), Plano de Contingência à Covid-19 de Manaus (2020), Plano Municipal de Saúde de Manicoré (2020-2021) e Plano Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira (2020). Também foram analisadas as transcrições das entrevistas coletivas com o auxílio do software Maxqda, versão 2022.3. Durante os encontros, buscamos analisar narrativas comuns que demonstrassem as experiências vivenciadas por seus participantes, a fim de possibilitar uma reflexão sobre as fragilidades e potencialidades daqueles territórios e, portanto, de suas gentes. Por isso identificamos os trechos analisados com o nome do município e a posição que ocuparam ao longo na transcrição.

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO AMAZONAS: A COORDENAÇÃO DO SETOR SAÚDE EM FOCO

No Brasil, até outubro de 2022, a Covid-19 vitimou mais de 680 mil pessoas e o total de casos ultrapassa 34,9 milhões. Aproximadamente de dois anos e meio do primeiro caso registrado no Amazonas, os dados do Painel Covid Amazonas⁶ indicam que dos 622.185 casos confirmados no Amazonas, mais da metade são de Manaus (312.771), São Gabriel da Cachoeira registra 11.374 e Manicoré 8.164 casos acumulados confirmados de Covid-19. A taxa de mortalidade do Amazonas atualmente é de 352,4 casos/100 mil habitantes, sendo a de Manaus a mais alta com 460,2 casos/100 mil, São Gabriel da Cachoeira 252,1/100 mil e Manicoré 198,5 casos/100 mil (F. de V. em S. do Amazonas, 2022).

A confirmação do primeiro caso no Amazonas mobilizou o setor saúde a direcionar a adoção de medidas para evitar a circulação do vírus, com a promulgação do decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020, sendo instituído o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate a Covid-19 (G. do Amazonas, 2020). Naquele momento, o Plano de Contingência Estadual foi atualizado, seguindo as normativas do Ministério da Saúde.

⁶ - Atualizado em 20 de novembro de 2022, às 9h. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2. Acesso em: 20/11/22.

O Decreto nº 42.100 de 23 de março de 2020 declarou estado de calamidade pública pelo novo Covid-19, sendo complementado pelo Decreto nº 42.101 que, na mesma data, determinou o fechamento de setores do comércio por 15 (quinze) dias, para atividades não essenciais e setores de serviços, como medida para evitar a circulação do vírus Covid-19 (G. do Amazonas, 2020).

A disseminação da Covid-19 em Manaus exigiu a adoção de medidas rápidas pelo poder público. Os Decretos Municipais nº 4.776,13 de março de 2020 e nº 4.806, de 14 de abril de 2020 dispuseram uma série de medidas de prevenção ao contágio tanto no âmbito dos órgãos e das entidades de administração pública quanto no contato para população; deslocamentos em vias públicas; uso de qualquer meio de transporte compartilhado e compras de gêneros de primeira necessidade ou medicamentos, recomendado como meio de prevenção ao novo Coronavírus (Manaus, 2020a).

Tanto as prefeituras de Manaus quanto de Manicoré instituíram o Gabinete de Crise e o Comitê Municipal de Enfrentamento à Covid-19, respectivamente, com objetivo de reforçar as ações intersetoriais, a prevenção e a assistência das pessoas, além de apoiar a tomada de decisões da administração municipal na adoção de outras medidas sanitárias. Diferentemente, em São Gabriel de Cachoeira, a criação do Comitê de Crise foi impulsionada pelo controle social, conforme indica a fala de um participante:

Reunimos os médicos que estavam no município e montamos um plano, então fomos até o secretário da época e ele disse: 'não se preocupem, essa gripe não vai chegar aqui, como não chegou a influenza, se chegar temos os [médicos] sem fronteiras' (...) depois procuramos outros parceiros, foi com a ajuda do IFAM, FOIRN e outras instituições e pessoas que pressionamos o secretário. A gente decidia no Comitê e só levava para ele assinar os documentos (Grupo São Gabriel da Cachoeira, posição: 18).

Desta forma, o Comitê foi criado pelo Decreto nº 3, de 18 de março de 2020, presidido pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Reis et al. (2022) argumentam que a representatividade nos povos indígenas no Comitê foi essencial para direcionamento de medidas destinadas às áreas indígenas, dado a diversidades desses povos no território. Por outro lado, Portugal (2021) analisa que se fizeram presentes nesse Comitê somente órgãos estaduais da justiça e segurança pública, o que mostrou o distanciamento da saúde estadual no combate à pandemia no interior, em especial quanto à questão indígena.

Os participantes, daquele município, também indicaram a preocupação em relação a dificuldade de recebimento de insumos, a falta de estrutura de saúde

no município que se agravou ao longo da pandemia:

porém me preocupa em relação a recursos que a gente, nenhum município está preparado financeiramente, precisando de remoção, uma vez que a nossa logística é bem difícil (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 3)

passou o primeiro pico aí relaxou tudo, relaxou a vigilância, tudo foi desmontado (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 78)

não tinha oxigênio, então nós como profissionais não tínhamos o que fazer, era ficar de braços cruzados e saber que os colegas também precisavam UTIs, era difícil, a fila do SISTER era grande (Grupo Manicoré, Posição: 171)

É importante lembrar que a regionalização da saúde no Amazonas foi estabelecida pela Resolução nº 59, de 20 de junho de 2011 da Comissão Intergestora Bipartite/AM, considerando as realidades locais da região amazônica, contudo a regionalização por si só não dá conta da operacionalização da política pública de saúde no Amazonas, cabendo à descentralização dos serviços aos municípios essa responsabilidade, conforme indica as legislações do Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, ainda que a formalização das regiões de saúde tenha ocorrido e com ela, a descentralização dos serviços, na prática os municípios pesquisados concentraram seus esforços na prestação de serviços de atenção básica, enquanto o principal executor dos serviços de média e alta complexidade em saúde ainda é Manaus, o que traz inúmeras implicações para a construção da rede de atenção à saúde.

Além disso, no contexto apresentado por São Gabriel da Cachoeira, a decisão de desmontar um centro especializado para atendimento da Covid-19, com localização privilegiada no centro do município, foi uma ação equivocada da gestão municipal, uma vez que reduziu o atendimento da atenção básica e em situação de agravamento das condições de saúde devido à doença já que eles não tinham leitos hospitalares disponíveis.

O Instituto Socioambiental (2021) noticiou que o colapso do sistema de saúde com o aumento dos casos de Covid-19 e a falta de oxigênio nos hospitais impactou o município de São Gabriel da Cachoeira (AM) e, por isso, parceiros como eles, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), os Expedicionários da Saúde (EDS) e os Médicos Sem Fronteiras (MSF) se mobilizaram para evitar o desabastecimento de oxigênio no município. Sabemos

que estas organizações são importantes parceiras no cuidado em saúde da população de São Gabriel da Cachoeira, entretanto não podem ser os principais responsáveis pela gestão e organização da saúde local.

Ademais, segundo Portugal (2021), não houve transferência de recursos do Tesouro Estadual até julho de 2020 para apoiar São Gabriel da Cachoeira a firmar convênios com essas organizações que já atuavam na região, prestando serviços de natureza pública, seja na área de saúde ou em qualquer outra e, mesmo a compensação do governo federal (LC no 173/2020) só foi aprovada em final de maio, o que demonstrou um lapso e uma desarticulação na ação governamental naquele município.

Em Manaus, para mitigar os efeitos da falta de leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), foi instalado em abril de 2020, o Hospital de Campanha Municipal Gilberto Novaes (HCMGN) parceria público/privada entre o município de Manaus, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) responsável pela administração, logística e gerenciamento operacional dos serviços; e o Grupo Samel responsável pela gestão clínica e protocolos médicos, agregando serviços do Instituto Transire como a “*Cápsula Vanessa*”⁷. O Hospital atendeu 519 pacientes na Enfermaria, 57 nas unidades de terapia semi-intensiva e 179 nas unidades de terapia intensiva, totalizando em pouco mais de dois meses 757 atendimentos (Manaus, 2020b; Samel, 2020). Entretanto, no momento da segunda “onda”, assim como aconteceu em São Gabriel da Cachoeira, o Hospital já estava desativado.

Somam-se aos problemas identificados pelos participantes, os gerados pela falta de gestão e coordenação nacional, considerada estratégica para o enfrentamento da pandemia, o que contribuiu para o agravamento da crise sanitária, social e econômica nos municípios.

ATENÇÃO BÁSICA, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR: TRIÁDE NECESSÁRIA PARA PRODUZIR SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

As ações da Vigilância Epidemiológica, especialmente no monitoramento dos casos, óbitos e controle das áreas de transmissão, são de suma importância em uma pandemia, visto que as informações analisadas subsidiam o planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações de saúde (M. da S. Brasil, 2009).

⁷ - A cápsula Vanessa visa prover uma solução de baixo custo que atue como barreira de proteção auxiliar aos EPI de uso mandatório pelo profissional de saúde em contato com pacientes da Covid-19 submetidos à ventilação não invasiva.

A Vigilância Epidemiológica dos municípios, adotava procedimentos que integravam profissionais da atenção básicas e da vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária), como barreiras sanitárias nos portos, aeroportos e postos de fiscalização em estradas. Em Manicoré e São Gabriel da Cachoeira também vigorou o lockdown, nos meses maio e junho de 2020, por meio de decretos municipais, situação descritas pelos participantes.

a gente estava orientado a parar todo mundo que viesse para São Gabriel (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 152)

fomos para a rua fazer aquela orientação nos portos e nos aeroportos (Grupo Manaus; Posição: 26)

no turno da noite a gente fazia orientação do uso de máscara, para ficar em casa, fazer até a meia-noite numa dessas rondas (Grupo Manicoré; Posição: 169)

As Secretarias Municipais de Saúde utilizaram estratégias similares na constituição de equipe multidisciplinares e intersetoriais para realizar orientações sobre uso de máscara e álcool em gel, identificar sintomáticos respiratórios, além de sensibilizar passageiros e tripulação sobre os protocolos de saúde preventivos nas embarcações. Tais ações contaram com a parceria da Agência Fluvial (capitânia), Guarda Civil Municipal, Polícia Militar e Defesa Civil municipal, dentre outras ações intersetoriais de controle da Covid-19 e foram realizadas em áreas de aglomeração de pessoas como portos, aeroportos, praças, instituições públicas, empresas do Distrito Industrial, dentre outros.

A Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus criaram o “Painel de Monitoramento da Covid-19⁸” e a “Situação do Novo Coronavírus⁹”, em ambiente virtual, onde estão disponíveis dados epidemiológicos, planos de ação, decretos e notas técnicas dentre outros documentos, uma importante ferramenta de gestão que possibilita a concentração de dados para tomada de decisões da vigilância em saúde e, especificamente da vigilância epidemiológica.

Outra importante ação, operacionalizada pelas equipes de vigilância e atenção básica, é a imunização. Em todo o estado, foram aplicadas 8.425.124 até 21 de novembro de 2022. A cobertura vacinal de 1º e 2º dose da população > 18 anos nos municípios são, respectivamente, 73,6% e 69,2% em Manicoré; 85,1% e 73,6% em São Gabriel da Cachoeira; e 85,3% e 88,0%, de acordo com

8 - Disponível em https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2

9 - Disponível em <https://semsa.manaus.am.gov.br/sala-de-situacao/novo-coronavirus/>

dados do Vacinômetro Covid Amazonas¹⁰. Segundo os participantes as dificuldades encontradas nessa ação são relacionadas a “recusa dos usuários” (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 48) e ao “difícil deslocamento às áreas ribeirinhas, principalmente neste momento que o rio está seco” (Grupo Manicoré, Posição: 53).

Integrar ações de vigilância da vigilância em saúde com a atenção básica sempre foi um dos grandes desafios do SUS, especialmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (M. da S. Brasil, 2018). Contudo, verificamos nas narrativas que ocorreram estratégias relevantes para organizações de fluxos de trabalho entre essas equipes, o que possibilitou a tão desejada integração da vigilância em saúde e atenção básica, com foco no cuidado de indivíduos e famílias, adaptadas à realidade de cada território.

A reorganização dos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde também foi discutida nos encontros. Os participantes narraram que os usuários eram orientados a ficar em isolamento domiciliar em caso de sintomas leves, ainda que não tivesse feito a testagem. Em caso de agravamento do quadro clínico, o usuário deveria procurar uma unidade hospitalar. Em se tratando dos usuários dos municípios de Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, nos casos de agravamento ou falta de leito hospitalar nos municípios, os pacientes eram encaminhados para Manaus/AM, por meio da inclusão no Sistema de Transferência de Emergência Regulada (SISTER).

É importante lembrar que sendo Manaus, a no momento da segunda “onda”, em janeiro de 2021, em que Manaus registrou a superlotação nos serviços de saúde, foram transferidos 424 pacientes para outros estados, como o Pará, Distrito Federal, Paraná, Goiás, Alagoas, Espírito Santo, dentre outros. Com a mudança nos processos de trabalho, os horários de funcionamento e fluxos de atendimento foram alterados, assim como o *layout* das Unidades de Saúde, principalmente para o grupo de Manaus. Vejamos:

os fluxos profissionais não foram planejados para fazer o atendimento adequado, a proteção individual, a mudança da rotina, né? Conforme a secretaria fez essa demanda de dois fluxos dentro da unidade, a gente seguia (Grupo Manaus; Posição: 30)

a UBS tinha uma sala, que a gente chamava sala rosa, que não tinha recursos (Grupo Manaus; Posição: 34)

10 - Dados do Vacinômetro Covid Amazonas, atualizados em 21 de novembro de 2022.

Todo paciente no Manchester é laranja, né? quando ele é oncológico. E tudo era sala rosa, perdeu a ala oncológica de tratamento para poder abrir espaço para pacientes Covid. Então isso foi muito difícil. Mas assim, foi um negócio muito sério, ninguém sabia para onde ir, para onde correr, sem informação de nada. Mas a gente foi buscando e conseguiu manejar (Grupo Manaus; Posição: 36)

De maneira geral, os planos de contingência analisados apontavam alterações em relação aos processos de trabalhos da atenção básica, com mudanças de fluxo e layout. Entretanto, percebemos nas falas que as alterações nos fluxos, foram estabelecidas meses após o início da pandemia e gerava dúvidas nos profissionais. Além disso, a própria estrutura física das Unidades de Saúde não comportava o novo layout¹¹ com a implantação da “sala rosa”, visto que esta precisava de materiais e equipamentos de Urgência Básica, os quais até aquele momento não faziam parte dos insumos adquiridos pelas secretarias de saúde.

A centralização do atendimento exclusivo de Covid-19 com testagem em algumas UBS de referência, com o objetivo de diminuir a contaminação entre pessoas sintomáticas e não sintomáticas, também foi uma dificuldade narrada “muito teste, muito atendimento, zero distanciamento. Não tinha como fazer” (Grupo Manaus; Posição: 33). Assim como, a localização destas: *“outra coisa é o próprio diagnóstico da Covid, é complicado, porque é feito num único lugar, lá no final da cidade, é muito longe ‘não vou’ dizia o paciente”* (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 65).

Os participantes também indicaram a dificuldade de força de trabalho ao longo da pandemia. Sabemos que os municípios do Amazonas têm dificuldade na fixação de profissionais de saúde. Muitos deles, mantinham médicos em seus quadros funcionais por conta do Programa Mais Médicos, instituído para produzir avanços na cobertura assistencial da atenção básica com o provimento emergencial de médicos, dentre outros objetivos (Schweickardt, Lima *et al.*, 2022). Contudo, o déficit de profissionais se agravou durante a pandemia, seja pelo adoecimento, como também pela desistência de se manterem durante o período crítico em locais de difícil acesso e pouca estrutura de saúde.

Destacamos que os três municípios fizeram Processo Seletivo Simplificado (PSS), em caráter de urgência, para aumentar a força de trabalhado nos serviços de saúde. Manaus também recebeu médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, advindos de processos seletivos do Ministério da Saúde (MS), conforme os termos do Edital N° 4, de 31 de março de 2020, para atuar na

¹¹ - Palavra inglesa que designa o modo de distribuição e arranjo dos elementos num determinado espaço ou superfície.

Ação Estratégica “*O Brasil Conta Comigo*”, o município recebeu, ao todo, 267 profissionais de saúde e 78 discentes dos últimos períodos de graduação nas áreas da saúde (Conasems, 2020; Sems, 2020).

No caso de São Gabriel da Cachoeira, os aprovados do PSS formaram uma equipe de monitoramento para pessoas com o teste positivo de Covid-19 ou tinham suspeitas de contaminação pelo vírus (Reis *et al.*, 2022). Contudo, segundo os entrevistados esse processo seletivo foi realizado e se encerrou com a pandemia em curso. Corroborando com a notícia do ISA, os participantes destacaram a importante e essencial presença de outras instituições como a Fiocruz e de Organizações não governamentais como “*Médicos sem fronteira*” e “*Expedicionários da Saúde*” no enfrentamento da Covid-19.

os médicos sem fronteiras ajudaram muito, eles forneceram alguns equipamentos, eles sempre enviavam médicos assim vários profissionais tanto pra ajudar o município, ensinar a cidade e os indígenas (Grupo São Gabriel da Cachoeira, posição: 18).

vamos mudar agora a maneira de atendimento, e quando veio uma equipe da Fiocruz no intuito de descentralizar os testes né, aí eles deixaram mais testes pra gente e ensinaram como a gente faria coleta (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 35).

recebemos doações dos concentradores de oxigênio de apoio com a da Cruz Vermelha (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 43).

Portugal (2021) descreve que a articulação interinstitucional a partir do decreto da prefeitura de São Gabriel da Cachoeira possibilitou a criação de Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPIS), coordenadas pelo Distrito de Saúde Especial Indígena (DSEI), do Ministério da Saúde, além de um centro de acolhimento gerido pela ONG MSF.

Durante a pandemia, os atendimentos eletivos foram reduzidos com o propósito de priorizar os atendimentos de Covid-19 e evitar aglomerações, principalmente de usuários dos grupos de risco (idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes). Vejamos:

a gente teve que reduzir a questão dos atendimentos (...), então a gente passou a fazer pré-natal só primeira consulta e as que estavam no final da gestação, aquelas que estava no meio da gestação a gente foi espalhando mais as consultas (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 25)

No centro de reabilitação a gente com deficiências, idosos e crianças

atendidas não puderam mesmo sair de casa e foi desespero a gente tentar orientá-los. Levar aquelas pessoas a uma situação de sequela menor né? Porque se não forem trabalhados eles regridem mesmo (Grupo Manaus; Posição: 32)

A diminuição nos atendimentos de outras doenças ou agravos, suspensão de atendimentos odontológicos e, ainda, de ações programáticas com o pré-natal e os atendimentos condicionados ao Programa Bolsa Família. Mendes (2020) diz que a terceira “onda” da pandemia é o resultado da redução ou eliminação de cuidados com outras condições de saúde, uma vez que muitas atividades importantes na atenção básica foram interrompidas. Lee *et al.* (2022) diz que os “*pacientes invisíveis*”, oriundos dessa interrupção mais tarde lotarão os serviços de saúde com suas doenças crônicas agravadas.

Para mitigar as consequências disso, em Manaus, a SEMSA instituiu os serviços de teleatendimento com atendimento no “*Chat Saúde On-line*”¹², por uma equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos. O atendimento mediado por tecnologia aumenta a capacidade de atendimento do sistema de saúde e contribui para o acesso a orientações qualificadas, apoia a organização do fluxo das pessoas no sistema e ajuda a diminuir a sobrecarga da atenção básica, afirmam Sarti *et al.* (2020).

Diante de todas as dificuldades, é imprescindível destacarmos o protagonismo das equipes de saúde, enxergando o usuário na integralidade, mesmo sem oxigênio, sem equipe completa, sem direcionamento definido pela gestão

‘estou sem ar’ e eu só falava com ela: ‘vamos lá, respira comigo, vamos lá, puxa e solta’, e ela tentando, não conseguia, a saturação no momento 61, 65, máximo 70. Não tinha oxigênio, não tinha fisioterapeuta (Grupo Manicoré; Posição: 172)

no meio da confusão de atendimento, só deu certo por que tinha protagonismo de profissionais engajados no SUS (Grupo Manaus; Posição: 47)

Os profissionais (re)organizaram protocolos e se utilizaram de ferramentas como WhatsApp para realizar consulta médicas e psicológicas, orientações de prevenção de doenças crônicas e pré-natal, utilizando equipamentos e insumos próprios (telefone e internet), o que demonstra o comprometimento destes profissionais com a saúde pública.

¹² - Disponível no endereço <https://covid19.manaus.am.gov.br/>. O serviço funciona de 7h às 22h, de segunda a sexta, e de 8h às 16h, aos sábados e domingos. Ao entrar no link, o usuário digita o nome e e-mail, em seguida é direcionado para o atendimento remoto.

eu tenho que organizar protocolos de onde não tinha protocolos, eu tenho que estar na gravidade da doença, não tendo material (Grupo Manaus; Posição: 35)

fizemos grupo no WhatsApp para orientar as gestantes, idosos e hipertensos, fizemos muitos atendimentos domiciliares e pela internet também (Grupo Manicoré; Posição: 37)

Mesmo diante de tantas demandas, o protagonismo destes profissionais foi essencial para resiliência dos serviços de saúde, ou seja, a capacidade de absorver as demandas, adaptar processos de trabalho e transformar a realidade imposta, daí o porquê, muitas vezes, nos deparamos nas redes sociais com diversas manifestações que dizem “os heróis vestem branco”, numa alusão aqueles que não puderam parar de trabalhar na pandemia e “heroicamente” se dispuseram ao bem comum, como narram os participantes

eu não dormia, tempo todo com o celular, porque às vezes os colegas ligavam de madrugada pra tirar outra dúvida (Grupo Manaus; Posição: 28)

you estava ali na ponta, you estava na covid, mas ao mesmo tempo you tinha TB [tuberculose], you tinha o pré-natal. You tinha que estar ligado lá no Previne, para poder fazer o indicador (Grupo Manaus; Posição: 47)

uma pressão psicológica toda vez que you olha, you vê que you está lá embaixo, e you tem que ir para frente, you tem que atender, you não consegue focar só numa coisa, you está ali dividido que na falta de capacitação profissional, eu leio e corro atrás da leitura de protocolos e todos os comentários a respeito da doença (Grupo Manaus; Posição: 49)

Todavia, esse protagonismo custou caro para muitos profissionais. Eles relataram durante os encontros que se sentiam “aprisionados” em muitas demandas do serviço, numa rotina que, muitas vezes, os impediam de realizar ações cotidianas como comer, ir ao banheiro, descansar o corpo, o que os levava à exaustão, angústia, frustração e contato frequente com um vírus invisível.

Romero & Delduque (2017) ressaltam que a desvalorização e precarização dos postos de trabalho dos profissionais da saúde é histórica no Brasil, pois, em geral se caracterizam por baixos salários, falta de planejamento de carreira, relações de trabalho fragilizadas, alta carga horária e inexistência de atividades de Educação Permanente.

Helioerio *et al.* (2020) corroboram, enfatizando que dentre as medidas de enfrentamento da pandemia, as ações voltadas aos trabalhadores, seja de aten-

ção ou de segurança, muitas vezes foram esquecidas. Desta forma, ratificamos a necessidade de planejamento/implementação do eixo de Saúde do Trabalhador nos Planos de Contingência em situações de epidemias e pandemias, tendo em vista que a saúde é feita por pessoas e para pessoas.

Em Manicoré, os problemas relacionados ao eixo de Saúde do Trabalhador foram tão impactantes que os participantes elegeram como problema central *“falta de apoio psicológico para profissional da linha de frente”*, quão urgente é a atenção à saúde do trabalhador, reforçada nos outros municípios pelos problemas *“adoecimento da força de trabalho”*, *“impacto psicológico”*, *“psicológico abalado”*. Aqui voltamos para a máxima *“quem cuida do cuidador?”*

nós profissionais com isso tudo pegamos rapidinho, fomos caindo assim que nem uma brincadeira, assim um atrás do outro, eu acho que nós profissionais passamos ‘mais mal’ do que o povo de comunidade né, porque aqueles que ainda estavam bem iam cuidando do povo que estava infectado né, colocava na UPA, cuidavam noite e dia (Grupo São Gabriel; Posição: 71)

Pensando do lado gerencial, o seu lado humano também mexe muito porque você tá vendo os colegas adoecendo a ponto de morrer. É bem complicado. E tudo isso, trouxe o impacto psicológico, né? (Grupo Manaus; Posição: 28).

Os trabalhadores da saúde estavam no grupo de profissionais da linha de frente, passaram por reorganização do trabalho, adaptação aos protocolos, sobretudo, tiveram que lidar com o novo e, ainda, administrar sua vida pessoal, a fim de que suas famílias ficassem (o máximo possível) em segurança. Para tanto, muitos alugaram um outro espaço para morar, deixaram de ver seus pais e filhos, mudaram a rotina: *“eu mudei para o hotel e passei mais de três meses vendo minha filha pelo telefone”* (Grupo Manicoré, Posição: 59).

O estudo de Barroso et al. (2020) aponta que os principais desafios vivenciados na pandemia foram: a elevada capacidade de transmissão do vírus, a sobrecarga de trabalho e os impactos na saúde mental, assim como a falta de equipamento de proteção individual (EPI). Embora a proteção dos trabalhadores de saúde tenha sido amplamente debatida, principalmente, nos dois picos da pandemia, as questões levantadas acima foram os motivos mais apontados pelos participantes que contribuiu para o aumento das infecções e adoecimento da força de trabalho.

INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: O COMBATE À PROPAGAÇÃO DA COVID-19 E DAS FAKE NEWS

A oferta de conteúdo na internet era frequente durante a pandemia. O “bombardeio” diário de informações nas redes sociais e aplicativos – *Instagram, Facebook, Twitter, WhatsApp, Youtube* – o que imputava às pessoas, a necessidade real de identificação do que era verdadeiro ou falso, para tomada de decisão e posicionamento sobre a conduta de prevenção da Covid-19 nos seus ambientes familiares e/ou trabalho. Entendendo esse cenário, as prefeituras fizeram uso de mídias digitais¹³ como meios estratégicos para a comunicação com os públicos.

Segundo Costa et al. (2022), os principais temas abordados nos materiais de comunicação das prefeituras dos municípios do Amazonas versavam sobre 1. Vacinação; 2. Boletins epidemiológicos; 3. Contratação de profissionais; 4. Aquisição de materiais e insumos de saúde; 5. Orientações sobre medidas não farmacológicas (uso de máscara, higienização das mãos e não aglomeração de pessoas). Com já comentamos, a prefeitura de Manaus implantou o serviço “*Chat Saúde On-line*” para também oferecer um canal de esclarecimentos sobre Coronavírus e combater notícias falsas, conhecidas como fake news.

Aliás, as fake news e a interferência de líderes (religiosos e comunitários) foram, seguramente, o principal desafio na implementação de ações de prevenção e controle,

alguns grupos religiosos que eles interferiram na atenção da prevenção contra vacina, (...) tinham muitos fiéis daquelas igrejas que não queriam tomar a vacina porque o pastor dizia que não era para tomar vacina (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 93)

Interferência de líderes. Se eles falassem, tinha paciente que chegava exigindo aquele tratamento. Quero Azitromicina, quero kit covid (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 100)

outro grande problema há como exemplo de notícias falsas (...) tirava um pouco de credibilidade dos responsáveis pela Saúde (Grupo Manaus; Posição: 34)

em função também das fake news com receituários que eram compartilhados (Grupo Manaus; Posição: 48)

Santos (2021) enfatiza que os países mais afetados pelas fake news, como EUA, Brasil e Índia, foram os que tiveram maior número de mortes. A lacuna

¹³ - Ou seja, redes sociais e os canais digitais, como site, aplicativos.

entre os debates culturais, políticos e ideológicos e o cotidiano vivido pela grande parte da população, o negacionismo, desorientaram os comportamentos e destruíram a legitimidade das medidas de proteção, e neste processo infeccioso das fake news, os cidadãos estarão sempre indefesos e suas inquietações não são respondidas.

As ações de educação em saúde, também foram pautadas nas discussões levantadas pelos grupos. Segundo os participantes, essas ações foram realizadas em diferentes localidades, conforme narrado pelos participantes. As principais atividades sobre a prevenção Coronavírus (Covid-19) descritas foram: palestras, distribuição de panfletos e cartazes nas escolas, igrejas, locais públicos e privados como hotéis e empresas privadas, assim como a utilização de rádios locais para os esclarecimentos e orientações preventivas. Vejamos:

dava pra gente falar sobre uso de máscara, sobre o álcool em gel, lavar as mãos né, a gente mantém aquele distanciamento um do outro a gente conseguia fazer isso em área (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 22)

Era onde tinha mais movimento, no caso da feira municipal, em frente ao banco, onde mais tinha rua movimentada, teve nos ginásios, em algumas igrejas lá" (Grupo São Gabriel da Cachoeira, Posição: 34)

As campanhas educativas focaram na orientação dos grupos mais afetados pela Covid-19 (tanto na infecção quanto na mortalidade), como os idosos e pessoas com doenças crônicas – diabéticos; hipertensos; insuficiência renal; doença respiratória crônica e doença cardiovascular.

Portugal (2021) reforça que uma das respostas, ao pedido de colaboração do Ministério Público Federal, foi a colaboração do Greenpeace, ISA e FOIRN, na produção 13 cartilhas sobre a prevenção ao vírus, nas línguas indígenas locais (baniwa, dâw, hupdá, nheengatu e tukano), para utilização em barreiras sanitárias e ações de educação em saúde no município de São Gabriel da Cachoeira. O envolvimento da comunidade nas ações de prevenção e controle da Covid-19 também foram marcantes, especialmente no que tange ao uso de saberes tradicionais e plantas medicinais,

o resgate desse conhecimento tradicional que ele estava adormecido e eu tenho certeza de que muitos que estão aqui, os avós, as mães, buscarem mostrar para vocês quais são esses medicamentos que eram usados antigamente (...), todo mundo saiu plantando jambú, todo mundo saiu plantando gengibre, todo mundo foi buscar saracura, carapanaúba" (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 162)

a gente também viu muita gente tentando ajudar as pessoas né, fazendo chá, fazendo o xarope caseiro, ajuda na alimentação (Grupo Manicoré; Posição: 174)

As singularidades do conhecimento tradicional presente nos territórios amazônicos, desafiam e demarcam o fazer saúde nesses territórios, pois são embrenhados de história, cultura e espiritualidade, numa prática de cuidado que se baseia na simplicidade dos usuários que gentilmente partilham os conhecimentos entre as gerações e atravessam a “cientificidade” da produção do cuidado. Não queremos com isso, colocar em disputa os saberes científicos e tradicionais, mas dizer que ao andarem juntos, lado a lado, estes saberes são ainda mais potentes.

O envolvimento da comunidade nas ações de prevenção e controle da Covid-19 também foram marcantes, especialmente no que tange ao cuidado com o cuidador e mostrando quão solidário é a população amazônica:

todos eles iam nos quartos perguntando: como estão? eles estavam com um familiar muito pior, mas queriam saber da gente, levavam docinho, sabe? com aquelas frases para te dar animada e distribuía. Quem fazia isso era profissionais? Não! familiares. Aí eu vi como o sofrimento era compartilhado, e a solidariedade que eu tinha, eu poderia oferecer (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 174)

não tínhamos condições muito material de proteção e chegava aquelas máscaras de T.N.T feitas pela comunidade. Com isso, levavam para nós marmita também, donos de restaurante, sabendo aqui que a gente ficava lá [na unidade de saúde] tudo isso também trouxe essa parte tão sensível nossa de compartilhar (Grupo São Gabriel da Cachoeira; Posição: 176).

Ao longo deste capítulo, vimos que a saúde do trabalhador foi negligenciada pela gestão em saúde, mas não passou despercebida pelos usuários que em meio a dor, se dispuseram a cuidar do cuidador. A solidariedade presente nos territórios nos toca profundamente, por duas razões: é uma ação eminentemente humana, um compromisso que se estabelece na ação pelo coletivo, ao enxergar a necessidade do outro; e, é um dos princípios constitucionais, e, portanto, norteiam as políticas públicas brasileiras que buscam a ampliação de processos de integração que se baseiam na cooperação, solidariedade e gestão democrática. São duas vertentes que caminham para sustentabilidade da civilização e do Estado democrático de direito.

A mobilização da sociedade civil para o enfrentamento da pandemia, ocorreu desde o início e foi relevante, como evidenciam as falas dos participantes. Segundo Massau e Mamede (2022), após dois meses do primeiro caso registrado no Brasil, já existiam centenas de iniciativas da sociedade civil para combater os efeitos indesejados da pandemia, envolvendo diversos atores sociais, organizações não governamentais e iniciativas promovidas por comerciantes locais. Desse modo, é importante lembrar que os sujeitos trazem em si a possibilidade para produzir a mudança e a transformação social, como agentes que

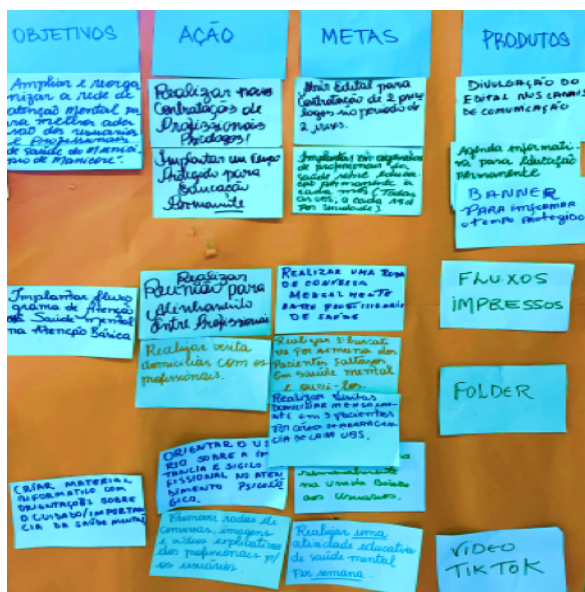
são do mundo e estão no mundo, impulsionados pela liberdade de realizar ações baseados em suas ideologias, na cultura e na tradição da qual faz parte (Schweickardt et al., 2022). Portanto, os processos de transformação social têm por horizonte um novo modelo civilizacional que se confrontam com interesses estabelecidos nas políticas dominantes e que tem, na participação da comunidade e na solidariedade uma alternativa.

PARA ALÉM DA COVID-19: O OLHAR RESOLUTIVO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Buscamos oportunizar espaços de diálogos, problematizando as experiências vivenciadas pelos participantes ao longo da pandemia, mas também incentivando a construção coletiva de soluções, durante os encontros.

Ao problematizarem as realidades postas nos territórios da atenção básica os participantes identificaram que as dificuldades apresentadas – fluxo de atendimento para Covid-19, centralização dos serviços, desconhecimento sobre a doença, falta de ações para saúde do trabalhador – poderiam ser mitigadas e, construíram planos de ação, que para eles seriam efetivos em tempos de pandemia. Vejamos as figuras a seguir:

Figura 8. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manicoré, AM.



Fonte: Elaborado por Lupuna Souza, 2022.

Figura 9. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores de Manaus, AM

OBJETIVOS	AÇÃO	METAS	PRODUTOS
PROMOVER AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS ATENDIDAS NAS APS DO CENTRO DE MANAUS.		AUMENTAR, ATÉ 25 CENTOS, O DESEMPENHO DA AÇÃO EM 1º DE ABRIL.	
MELHORAR A QUALIDADE DO ACOMODAMENTO DAS UNIDADES.	CONSTRUIR OS SERVIÇOS COM UMA "BOUTIQUE" PARA O ATENDIMENTO, COM ACESSO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.	TER UMA EQUIPE POR UNIDADE.	
FORNECER A INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO E VIGILÂNCIA.	REVISAR, CATEGORIZAR E EM SEGUIR DO INPS.	CAPACITAR 10% DA FORÇA DE TRABALHO DO CEN.	
SOLICITAR PERMISSÃO DE FUNCIONAMENTO PERMANENTE.	ELABORAR O PROJETO DE REFORMA NA ALÇA DO INPS PARA O CEN, COM A ÁREA TÉCNICA.	REALIZAR 1 EP PARA 12 MESES.	Plano de qualificação da APS.
Organizar, avaliar, acompanhar, apoiar e fortalecer as ações de qualificação das APS, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.	CONSTRUIR OS SERVIÇOS COM ACESSO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, COM ACESSO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.	LEVAR 100% DAS AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA APS PARA O CEN.	

Fonte: Elaborado por Lupuna Souza, 2022.

Figura 10. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores da atenção básica de São da Cachoeira, AM.

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	PRODUTO
AUMENTAR O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	DESCENTRALIZAR OX.	ELABORAR FLUXO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	EXCLUSÃO DE FLUXOGRAMAS.
IMPLANTAR UMA UNIDADE DE DIAGNÓSTICO NO CENTRO.	AUMENTAR NÚMERO DE TESTAGEM.	FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO ATÉ JUNHO DE 2023.	MELHORAR NOTIFICAÇÃO E CONTROLE.
DAR CONTINUIDADE DAS AÇÕES.	ATUALIZAÇÃO E REIDIRECIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS.	EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS.	PROFISSIONAIS CAPACITADOS.

Fonte: Elaborado por Lupuna Souza, 2022.

Figura 11. Plano de ação criado pelos profissionais e gestores do Distrito de Saúde Indígena do Alto Rio Negro, AM.

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	PRODUTO
Atualizar os profissionais da EMSI.	Oficina de atualização para COVID em rede.	Realizar a oficina de 6 em 6 meses 2 x por ano.	Construir um protocolo de atuação de acordo com a realidade local.
Atualizar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS).	Oficina de atualização em área indígena.	Atualização dos AIS dos 25 polos base.	Construção de cartilhas em língua indígena atualizada.

Analisando os planos de ação propostos, verificamos que a descentralização dos atendimentos e diagnósticos da Covid-19 são necessárias, principalmente para promover acesso ao atendimento, mas também na construção de práticas interprofissionais que passam pela organização cotidiana da equipe de saúde e acolhimento do usuário. Este último, muito fragilizado pela grande demanda de serviços da atenção básica.

A necessidade de qualificação de profissionais, seja por meio cursos de educação continuada, oficinas de trabalho ou implementação de “*tempo protegido*” nas unidades de saúde para Educação Permanente em Saúde são ações de interesse comum para os participantes. Tal “*tempo protegido*” quer dizer a inclusão nas agendas profissionais de espaço para discussão de casos, projetos terapêuticos singulares e coletivos, organização da equipe e problematização dos processos de trabalho, práticas que baseiam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Em São Gabriel da Cachoeira, os participantes discutiram problemas correlatos enfrentados tanto na área indígena (figura 3) como não indígena (figura 4), o que os permitiu a interlocução entre os profissionais da atenção básica e do DSEI, como foi o caso do treinamento realizado pela SEMSA sobre a testagem de Covid-19 para profissionais que entrariam em área indígena. Desta forma, disseram eles, a medida em que as equipes interagem, “*a gente vai trocando e vai potencializando e organizando a equipe, é um aprendizado para outras pandemias*” (Grupo São Gabriel da Cachoeira, 146), reforçando que a Educação Permanente em Saúde se mostra eficaz em qualquer tempo, porque é

uma política pública viva que busca ampliar o conhecimento sobre estratégias pedagógicas e saberes locais na intervenção.

Na figura 6, vimos que os participantes propuseram a ampliação e reorganização da rede de atenção mental e a implementação de fluxograma na Atenção Básica, a fim de atender as demandas dos usuários e profissionais de saúde do município de Manicoré.

A criação de material informativo com orientações sobre o cuidado/importância da saúde mental para uso em atividades de educação em saúde nos territórios foi outro ponto sugerido, visto que muitos usuários e profissionais não buscarem apoio psicológico devido ao preconceito e com receio da exposição de suas fragilidades na comunidade. Assim, orientar a importância de atividades para melhoria/produção de saúde mental e o sigilo profissional que baseia o atendimento psicológico é fundamental, segundo os participantes.

Ademais, a promoção de rodas de conversas, a realização de busca ativa dos pacientes faltosos em saúde mental, assim como a utilização de imagens, vídeos explicativos e plataformas digitais como o Tiktok, estão entre as atividades e produtos sugeridos.

A produção de material educativo bilíngue é uma atividade considerada essencial para os profissionais do Distrito de Saúde Indígena, visto que eles lidam com usuários de diversas línguas e etnias. Mendes et al. (2018) enfatizam que um dos principais desafios para efetivação da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é o estabelecimento de diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais, pois o cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos.

Assim, é possível concluir que no mesmo território em que a transmissão do vírus e das fake news trouxeram prejuízos à produção de saúde, a resistência dos profissionais de saúde tornou possível a reflexão crítica e coletiva dos processos de trabalho e do diálogo na (re)construção de novas práticas na atenção básica que contemplam a dinâmica dos modos de vida e saberes locais, na avaliação, discussão e fortalecimento do fazer saúde na Amazônia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa participativa realizada nos municípios de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira trouxe resultados que podem apoiar a intervenção imediata, propositiva, gerada e produzida por seus participantes e nortear as políticas públicas de saúde sobre os modos de vida e as necessidades das populações locais.

As secretarias redefiniram fluxos, redistribuíram profissionais, instituíram serviços online de orientação à população (teleconsulta, chat saúde, grupos de Whats App), definiram unidades de referência para atendimento Covid-19. Contudo, nas narrativas é possível identificar três grandes grupos de problemas enfrentados ao longo da pandemia.

O primeiro era relacionado ao desconhecimento sobre a vírus, a doença e o manejo dos pacientes, pois não existiam protocolos, fluxograma para atendimento. O segundo relacionado ao adoecimento e óbito da força de trabalho na saúde. O terceiro versava sobre a estrutura física e de material das unidades de saúde que dificultava o distanciamento e o atendimento de outras doenças e agravos, além da Covid-19. Desta forma, a integração entre atenção básica, vigilância em saúde e saúde do trabalhador é necessária para produção de saúde nos territórios amazônicos em tempos de pandemia, por isso, recomendamos que se incluam nos Planos de Contingência, ações voltadas para Saúde do Trabalhador como eixo prioritário.

A comunicação em saúde sobre a pandemia ocorreu, segundo os participantes, ora com de porta em porta, nas visitas domiciliares, principalmente, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, ora na divulgação de informações sobre medidas de prevenção nas redes sociais e plataformas digitais. Ações prioritárias no combate às notícias falsas.

Nos territórios estudados houve um resgate de saberes e práticas tradicionais, indicando resistências e reafirmações do modo de vida de cada lugar. Foi lá, no território líquido que o enfrentamento da Covid-19 se deu, no lugar onde a vida cotidiana do amazônida ganha sentido e forma e, onde os sistemas de saúde locais, com suas fragilidades e potencialidades, é construído e apropriado coletivamente pela população.

Terminamos este texto, destacando o protagonismo dos profissionais e gestores da Atenção Básica e participação da comunidade que, mesmo diante da desarmonia entre os níveis de atenção, óbitos, suspensão de outros atendimentos, falta de espaço para distanciamento nas unidades de saúde, necessidade de mudança de fluxos, falta de insumos e equipamentos de proteção individuais, se organizaram nos territórios para romper os limites sanitárias e sociais, mostrando toda resiliência e solidariedade com as diversas gentes da Amazônia.

REFERÊNCIAS

- Alves, M. (2018a). DeCS - **Participação da Comunidade** [Biblioteca Virtual de Saúde]. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=3275&filter=ths_termall&q=participa%C3%A7%C3%A3o%20da%20comunidade
- Alves, M. (2018b). DeCS - **Saúde do Trabalhador** [Biblioteca Virtual de Saúde]. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=29064&filter=ths_termall&q=sau-de%20do%20trabalhador
- Amazonas, F. de V. em S. do. (2022, novembro 20). **Painel Covid-19 Resumo**. Tableau Software. https://public.tableau.com/views/PainelCOVID-19Resumo/PainelCOVID=19-Resumo?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=pt&:loadOrderID=0
- Amazonas, G. do. (2020). **Diário Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado do Amazonas**. <https://diariomunicipalaam.org.br/?msclkid=594f2b90a31d11ecb6b8a4c6bc6374a8>
- Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Edições 70.
- Barroso, B. I. de L., Souza, M. B. C. A.; Bregalda, M. M., Lancman, S., & Costa, V. B. B. da. (2020). A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: Reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 28, 1093–1102. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>
- Bosco, E. (Org.). (2022). **Desigualdades, crises e resistências no enfrentamento à Covid-19 na América Latina são tema de livro lançado pela Flacso Brasil | Flacso Brasil**. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. <https://flacso.org.br/2022/05/02/desigualdades-crises-e-resistencias-no-enfrentamento-a-covid-19-na-america-latina-sao-tema-de-livro-lancado-pela-flacso-brasil/>
- Brasil, G. do. (2020, março 11). **As Redes de Atenção à Saúde**. <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1?msclkid=da-22c67bf77e11ec884634315b1b16ab>
- Brasil, M. da S. (2009). **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1>

Brasil, M. da S. (2018). **Guia da Política Nacional de Atenção Básica: Integração da atenção básica e vigilância em saúde** — Módulo 1. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf

CEPEDES, C. de E. e P. em E. e D. em Saúde. (2020). **A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil, análise dos decretos estaduais no primeiro mês**. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf?msclid=d1cbf96fa31711e-ca13909143e82d3c7

Conasems, C. N. de S. M. de S. (2020, abril 1). **Edital no 4, de 31 de março de 2020—Imprensa Nacional—CONASEMS** [institucional]. CONASEMS. <https://www.conasems.org.br/sktes-publica-edital-de-convocacao-para-alunos-de-cursos-da-area-de-saude/edital-no-4-de-31-de-marco-de-2020-edital-no-4-de-31-de-marco-de-2020-dou-imprensa-nacional/>

Costa, G. S., Schweickardt, J. C., & Guedes, T. R. O. das N. (2022). Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de Covid-19. Em **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: Percursos de uma pesquisa em ato** (Vol. 18). Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329570>

Ferla, A. A., Dos Santos, I. C. P. A. M., Schweickardt, K. H. S. C., Cappellari, A. P., Moreira, M. A., & Schweickardt, J. C. (2022). A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: Considerações sobre o enfrentamento à pandemia de Covid-19. Em **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: Percursos de uma pesquisa em ato** (p. 140–161). Rede Unida.

Granemann, S., & Miranda, F. (2020). Crise econômica, crise sanitária: A Covid-19 como instrumento da acumulação? Em **CRISE E PANDEMIA: quando a exceção é regra geral** (p. pt). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Helioterio, M. C., Lopes, F. Q. R. de S., Sousa, C. C. de, Souza, F. de O., Pinho, P. de S., Sousa, F. N. e F. de, & Araújo, T. M. de. (2020). Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(3), e00289121. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>

IBGE, I. B. de G. e E. (2021). **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação**. Referência em 1o de julho de 2021.

ISA, I. S. (2021, janeiro 27). **Covid-19 avança no AM e São Gabriel da Cachoeira sente impacto da crise em Manaus**. ISA - Instituto Socioambiental. <https://>

site-antigo.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/covid-19-avanca-no-am-e-sao-gabriel-da-cachoeira-sente-impacto-da-crise-em-manaus

Lee, A., Finstad, A., Tipney, B., Lamb, T., Rahman, A., Devenny, K., Abou Khalil, J., Kuziemy, C., & Balaa, F. (2022). **Exploring human factors in the operating room: Scoping review of training offerings for healthcare professionals**. 6(2). MEDLINE. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac011>

Manaus, P. M. de Manaus. S. M. de S. de. (2020a). **Legislação municipal do município de Manaus aplicada ao enfrentamento do novo coronavírus**. <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/LEGISLA%C3%87%-C3%83O-MUNICIPAL-DO-MUNIC%C3%8DPIO-DE-MANAUS-APLICADA-AO-ENFRENTAMENTO-DO-NOVO-CORONAV%C3%8DRUS.pdf>

Manaus, P. M. de Manaus. S. M. de S. de. (2020b). **Relatório do Hospital de Campanha Municipal Gilberto Novaes** (Simplificado No 1; p. 7). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. <https://covid19.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-Hospital-de-Campanha-v01.pdf>

Massaú, G. C., & Mamede, A. J. S. M. (2022). O Dever de Solidariedade na pandemia da Covid 19: Reflexões em ante a (In)Constitucionalidade das Medidas Emergenciais. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, 10(19), Art. 19. <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2022.19.12864>

Mendes, A. M., Leite, M. S., Langdon, E. J., & Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

Mendes, E. V. (2020). **O lado oculto de uma pandemia: A terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível?** 1, 92. <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>

Portugal, R. (2021). A atuação governamental em São Gabriel da Cachoeira no Amazonas durante a crise da Covid-19. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, 24, 57–64. <https://doi.org/10.38116/brua24art6>

Reis, A. E. S., Ambrósio, S. A., Schweickardt, K. H. S. C., Ferreria, C. P., Dos Santos, M. P., & Sousa, M. de J. da S. e S. (2022). Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira—Amazonas. **Em Pandemia e transformações sociais na Amazônia: Percursos de uma pesquisa em ato**. Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329570>

Romero, L. C. P., & Delduque, M. C. (2017). O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, 26, 240–255. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017156433>

Samel, H. T. (2020). **Manual da cápsula Vanessa**. Samel. <https://www.samel.com.br/wp-content/uploads/2021/12/manual-capsula-vanessa.pdf>

Santos, B. de S. (2020). A Cruel Pedagogia do Vírus: Vol. Único (1a ed.). **Boitempo**.

Santos, B. de S. (2021). O futuro começa agora: Da pandemia à utopia (1a ed.). **Boitempo**.

Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 29, e2020166. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. das N., & Reis, A. E. S. (2022). Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela Covid-19 no Estado do Amazonas? In: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: Percursos de uma pesquisa em ato**. Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329570>

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. de S., & Ferla, A. A. (2022). **Mais Médicos na Amazônia: Efeitos no território líquido e suas gentes**. Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9786587180915>

Semsa, S. M. de S. (2020, maio 29). **Profissionais de saúde do programa “Brasil Conte Comigo”**. SEMSA. <https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/profissionais-de-saude-do-programa-brasil-conte-comigo/>

A GESTÃO E O CUIDADO EM SAÚDE NO PERÍODO PANDÊMICO: falas e narrativas de gestores e trabalhadores do Amazonas

*Lupuna Corrêa de Souza
Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla*

PRIMEIRAS IMPRESSÕES

Nesse capítulo buscamos destacar as falas dos trabalhadores e gestores da saúde, que nos apresentam um conhecimento que desafia o pensamento, com suas nuances sobre o cotidiano do trabalho em saúde nos diferentes territórios durante a pandemia. A nossa intenção foi criar as condições de possibilidade para a fala dos trabalhadores e gestores, evitando uma postura colonizadora das falas alheias. Em outro momento, foi utilizada a metáfora do embrenhamento para falar de uma escuta não colonialista, que implica em aprendizagem em ato, reconhecimento dos saberes outros e a produção de um conhecimento híbrido, que reconhece as diversidades culturais e, também, o limite das abordagens representacionais (Ferla et al., 2016). As falas de trabalhadores e gestores não são isentas do contexto do qual emergem, e essa é exatamente a potência analítica que nos interessa, uma vez que torna visíveis questões locais e a complexidade de fatores e interações que compõem a produção de saúde em cada território.

Isto posto, vamos apresentar os problemas, os objetivos e as estratégias discutidas com os gestores e trabalhadores da saúde dos 11 (onze) municípios¹⁴: Tabatinga, Iranduba, Manicoré, Boca do Acre, Manacapuru, Tefé, Parintins, Presidente Figueiredo, Carauari, São Gabriel da Cachoeira e Manaus, conforme Figura 12. Como se verifica na figura acima, os municípios que participaram da

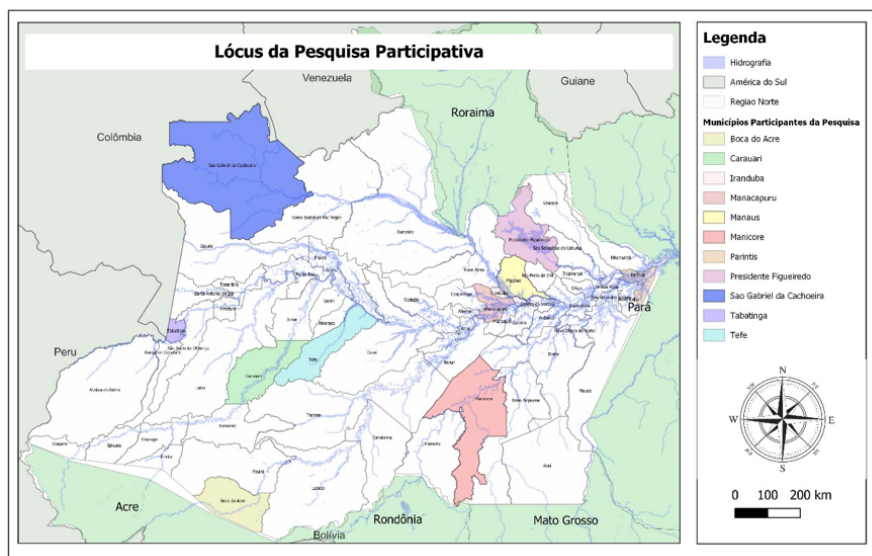
¹⁴ - A pesquisa que deu origem ao capítulo e ao livro foi realizada em 12 municípios, conforme apresentada na metodologia da pesquisa, no entanto, somente o município de Itacoatiara não foi possível realizar a oficina por questões de comunicação com a gestão municipal.

pesquisa têm distribuição esparsa no território do estado do Amazonas.

Como já se disse, a produção deste livro compõe as contribuições do Projeto “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”. Cabe destacar que os pressupostos metodológicos e as oficinas estão descritas neste livro no capítulo “Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento”.

Ressaltamos as estratégias e ações dos municípios são complementares às situações descritas no livro: “Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato” – 1a. edição (Schweickardt et al., 2022). Diferente do primeiro livro, o presente capítulo faz um diálogo, por meio de entrevistas e dinâmicas grupais, com os atores do cotidiano dos sistemas municipais de saúde. E, nessa tensão entre a potência representacional e a leitura de contexto que fazem os diferentes interlocutores, seguimos buscando uma compreensão densa do que a Covid-19 produziu nos territórios.

Figura 12. Lócus da Pesquisa Participativa



Fonte: LAHPSA, 2022.

Reconhecer que o pensar sobre o modelo de cuidado para populações ribeirinhas e do interior do Amazonas, que organizam seus modos de vida a partir das características socioambientais, é tornar presente outros modos de usar e pen-

sar o território, que frequentemente estão ausentes nas práticas de gestores e planejadores da política pública para o Brasil como um todo. Na perspectiva de trazer esses olhares, é que as oficinas foram realizadas, constituindo-se em um dispositivo capaz de criar as condições para que a voz desses trabalhadores sobre a dinâmica do cuidado nos territórios fosse destacada, tanto no que se refere à condição de dado empírico da pesquisa, quanto da construção interpretativa do contexto. O que se quer é expandir a compreensão de como foram implementados os cuidados durante os grandes picos pandêmicos de 2020 e 2021, quais foram os efeitos da pandemia nos territórios e, a partir dessa interseção, sistematizar formas para desenvolver ações com os aprendizados estabelecidos pelas práticas cotidianas dos atores locais. Há aqui uma tensão entre uma certa lógica interdisciplinar, derivada dos conceitos e teorias de diversos campos de conhecimento que nos acompanham na pesquisa, e das lógicas dos territórios. Os registros a partir dos contextos locais, compreendidos como contribuição analítica dos territórios e como dispositivo de desnaturalização dos meta-enunciados sobre o que fez e faz a pandemia no cotidiano, permitem uma compreensão densa do contexto global e, ao mesmo tempo, capaz de traduzir os fatores que atuam nos movimentos complexos locais (Nicoli et al., 2022). Ou seja, tanto do ponto de vista da apreensão da complexidade do contexto, quando do ponto de vista da capacidade ampliada do pensamento para compreender o contexto vivo do enfrentamento da pandemia nos territórios, essa escolha epistêmica e metodológica aloca contribuições para o local e para o global.

A dupla tensão entre disciplinas diversas e entre elas e o cotidiano é escolha epistêmica das nossas pesquisas no território líquido da Amazônia (Schweickardt et al., 2021). Trata-se de um princípio com o qual pretendemos viabilizar políticas nacionais em territórios e realidades específicas, pois, assim entendemos a Amazônia, a qual se apresenta como um território fértil para o pensamento e para a efetivação do princípio da equidade do SUS, como um espaço do exercício das práticas de inovação impostos pela dinâmica do presente (aqui, a pandemia do Covid-19).

O discurso de que tudo é diferente e marcado por “*distâncias geográficas*”, que são barreiras a qualquer política, pode aprisionar a região em um lugar naturalizado como exótico e justificar as limitações da possibilidade da presença do Estado. Por isso, o longe e o distante são expressões muito mais utilizadas para designar um lugar onde políticas públicas não chegam, do que espaço de isolamento geográfico, que requer iniciativas singulares para pertencer às políticas públicas. Este cenário de isolamento e de longas distâncias, se tornou evidente diante da pandemia que assolou o mundo mais fortemente nos anos de 2020 e 2021, deixando marcas em todos que vivenciaram estes períodos. E aqui trazemos os trabalhadores e gestores de saúde como protagonistas das histórias, que carregam consigo experiências de situações complexas pelo que

aconteceu na pandemia, mas, também, a memória corporal da forma como seus territórios se relacionaram até agora com as políticas públicas nacionais. Ora, distâncias, modos próprios de conexão, diversidades culturais e omissão das políticas públicas são dados do cenário em estudo, mais do que dificuldades próprias da Amazônia. Para alcançar o direito à saúde e a equidade no efeito das políticas públicas, o conteúdo das políticas públicas deve se assentar na compreensão ampliada desses territórios. Mais do que a sombra do conhecimento vigente e a omissão das políticas públicas, trata-se aqui de outro embrenhamento: nas características, vozes e forças do território tornando-as fonte de novos percursos àquelas em relação de transversalidade.

Nesse sentido, nos propomos a apresentar problemas e soluções apresentadas por diferentes trabalhadores e gestores da área da saúde nos 11 (onze) municípios estudados, trazendo o que os aproximam e o que os afastam a partir da exposição de seus anseios e percepções durante a realização de suas funções. Mais do que verdades universais, trata-se das verdades locais, derivadas dos lugares de fala que escolheram para compartilhar conosco, a partir de relações de transversalidade entre saberes, poderes e atravessamentos do seu cotidiano.

A relação de transversalidade teoria e prática se aproxima da proposta da educação permanente em saúde, como aprendizagem compartilhada no cotidiano. (...) as aproximações com o território precisam incluir o reconhecimento da complexidade da produção de saúde, atualizar a base epistêmica das iniciativas de mudança e, ao mesmo tempo, absorver inovações pedagógicas e desenvolver o próprio campo de saberes e práticas, fazendo avançar a formação e a ciência que a embasa (Ferla, 2021, p. 81).

Nessa perspectiva, os trabalhadores são autores dessas inovações pedagógicas, pois foi preciso inovar para sobreviver, e, também, para salvar vidas, o que produziu novos olhares sobre si mesmos e sobre suas atuações enquanto trabalhadores da saúde. Inovação, em muitos casos, foi resistência: para proteger práticas éticas e embasadas em evidências, para manter distintos os contextos religiosos e do trabalho profissional, para defender as vidas em contexto de necropolítica ... Por certo, muitas vezes também foi concessão à necropolítica, que aqui não é o caso de idealizar ou criminalizar, mas de reconhecer os contextos e suas múltiplas forças de engendramento.

Durante as oficinas, o primeiro passo foi a rodada de apresentação dos trabalhadores da saúde, em seguida foram realizadas dinâmicas para que todos se sentissem acolhidos. No segundo momento, a prioridade foi dada para a identificação dos problemas do cotidiano apresentados no decorrer dos plantões em relação ao tratamento da Covid-19 nos territórios assistidos pela Unidade Básica de Saúde - UBS local. Posteriormente, os participantes apresentavam o proble-

ma central e a partir dele os problemas específicos, traçando as ações e metas. Dos problemas apresentados pelos grupos no geral, está a falta de adesão à vacina, para o que apontam como causa a disseminação em massa principalmente pelas redes sociais de fake news, fato que levou a baixa adesão e confiabilidade no uso de máscaras e álcool em gel por parte da população. Essa é uma boa evidência da relação local-nacional, onde, em diversas localidades, houve adesão ao discurso do governo federal, repercutido em diversas instituições, da negação da ciência e da gravidade da pandemia.

Nas regiões de fronteira foi apontado a falta de comunicação entre as entidades de saúde na Fronteira (entre os países), e dificuldade de se realizar barreira sanitária envolvendo as forças armadas, com isso, trazendo descrença a população. Aqui, outra vez mais, a fragmentação institucional para o enfrentamento de uma emergência sanitária, tem um vértice no governo federal e outro nos representantes locais, com efeitos relevantes sobre a saúde das populações.

A ausência de UTI nos municípios do interior do estado e a insuficiência deles na capital, é assunto comum aos apontamentos dos problemas enfrentados, além da insuficiência de profissionais de saúde, tanto para a capital quanto para o interior. O território amazônico não absorveu de forma equânime as transformações de infraestrutura que se verificaram no país como um todo, assim como na disponibilidade da força de trabalho. Fato que levou o governo do estado a tomar a iniciativa de adiantar a formatura de médicos e enfermeiros, na tentativa de mitigar a falta de trabalhadores nas unidades de atendimento a Covid-19. Segundo Ferla:

O cenário contemporâneo do trabalho em saúde é muito diverso daquele de cinquenta anos passados, com demandas, necessidades e cenários. A transição epidemiológica e demográfica se acelerou, de forma própria no território nacional, tornando o Brasil um mosaico diverso em termos de problemas e necessidades e dos fatores que interferem na produção da saúde (Ferla, 2021, p.83)

Precisamos lembrar que, na Amazônia, uma das características diferenciais mais visíveis à produção da saúde são os fluxos das águas, que se atravessam em distintas condições da existência, em fenômeno compreendido com a denominação “território líquido” (Schweickardt et al., 2016; Lima et al., 2016, Kadri et al., 2017). O território amazônico tem caráter fortemente e concretamente líquido, tornando os fluxos, a cadência do tempo, a circulação e o modo do andar da vida bastante diferenciado, inclusive nas diferentes etapas do ano, o que requer um olhar mais cuidadoso ao ser analisado. (Schweickardt et al., 2022).

Enquanto em outros territórios do Brasil as pessoas eram transportadas em

ambulâncias e aviões para os locais com UTI, na Amazônia muitas vidas foram ceifadas por falta desse tipo transporte, devido às distâncias da capital, onde estavam concentradas as UTI, e pela falta de transporte suficiente para transportar tantas pessoas em situação de urgência. As lanchas, ambulanchas e barcos eram muito lentos para salvar as vidas.

UMA ESCUTA COMPARTILHADA: DOS PROBLEMAS ÀS AÇÕES

As propostas de ações e objetivos apresentados pelos trabalhadores e gestores têm base na vivência e experiência nos territórios do Estado do Amazonas durante a pandemia. Apresentamos o resultado das oficinas participativas nos municípios pesquisados. Lembramos que foram utilizadas a estratégia do método ZOPP (Planejamento Orientado Por Objetivo) para identificar os problemas, criar a árvore de problemas – causas e consequências, criar os objetivos, apresentar as estratégias e ações para alcançar os objetivos. Ao final dessa etapa, solicitamos que os participantes escrevessem uma frase do que significou a experiência na pandemia. Depois de fixar na parede para a visualização do grupo, cada pessoa narrou a sua experiência. A construção desse texto foi realizada a partir do Relatório feito pelos facilitadores e facilitadoras das Oficinas.

MUNICÍPIO TABATINGA: A DINÂMICA TRANSFRONTEIRIÇA COMO DESAFIO PARA A GESTÃO E O TRABALHO

O município de Tabatinga com população estimada de 68.502 habitantes (IBGE, 2021), conta com dois hospitais, sendo um militar e outro civil. No hospital regional de Tabatinga há ainda uma maternidade e, em 2022, a Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM) criou uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mas até o presente momento (dezembro de 2022) ainda não estava em pleno funcionamento. O município apresentava, em janeiro de 2022, a pior cobertura de vacinação do Estado do Amazonas. No entanto, é necessário considerar as questões da fronteira, a questão do registro e a conectividade, os processos de trabalho, o registro das ações de vacinação da população indígena. Sobre as estratégias ver o capítulo: “A Covid -19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM” (Schweickardt et al., 2022).

Os trabalhadores e gestores apontaram como problema central a “falta de adesão à vacina”. Os participantes afirmam que esse problema é o reflexo da falta de conscientização em relação a prevenção da Covid-19. A ineficiência da comunicação entre as entidades de saúde na Fronteira (entre os países), juntamente a falta de informação sobre cobertura vacinal. Outros problemas apontados foram: a dificuldade de se fazer barreira sanitária envolvendo as forças armadas, falta de prevenção a Covid-19 pela população, ocasionada pela descrença nos meios de prevenção.

O grupo foi convidado a falar apenas das situações e problemas que estão sob sua governabilidade. Mesmo assim, foram apontados problemas como: *“insuficiência de recursos humanos”* e *“falta de leitos de UTI”*. Porém, por fugirem à governabilidade daquelas pessoas, foram relacionados, mas não inseridos na elaboração de ações e metas proposta por este grupo.

Para que o problema central fosse solucionado ou mitigado, foram sugeridas as seguintes ações: melhoria da comunicação institucional na Fronteira, difusão de informações verdadeiras sobre a Covid-19 pelos meios de comunicação, intensificação em relação aos hábitos de prevenção da Covid-19 para a população. Como estratégias de ação, foram relacionadas: a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pelos não vacinados; elaboração de vídeos e panfletos sobre a vacinação para serem divulgados nos meios de comunicação; educação sobre a vacina (Covid-19) nas Unidades de Saúde, além de identificar as causas da não adesão à vacina no sentido de desenvolver uma proposta legal que imponha a obrigatoriedade da vacina.

Outra medida proposta, foi a utilização do “passaporte vacinal” nas instituições públicas, e a criação de cartilhas sobre a vacina publicada nos 4 (quatro) idiomas mais falados na fronteira (português, espanhol, tikuna, inglês); e uma *“pedalada contra a fake news”* – evento para a participação de toda a população.

Como meios de mitigação, foram listados: intensificar as ações como: distribuir máscaras, álcool em gel; trabalhar a educação em saúde articulada entre vigilância e atenção básica; intensificação da campanha de vacinação; busca ativa dos não-vacinados e a criação de um fluxo para a triagem dos sintomáticos nas Unidades de Saúde.

Ainda foram levantadas sugestões para a gestão da pandemia na fronteira: criar parceria para a atenção especializada da fronteira; gerar um cartão provisório para o atendimento dos brasileiros em Letícia/Colômbia; compartilhar informações sobre a vacinação na fronteira; incorporar as informações de vacinação de brasileiros na Colômbia em um sistema de informação compartilhado entre países.

Os trabalhadores e gestores fizeram relatos bem significativos, a partir das frases escritas, sobre as suas experiências na pandemia: *“profissionais de saúde como guardiões das últimas palavras (médicos em UTI em Manaus)”*, *“temor, coragem e aprendizado”*, *“no olhar estava o medo de trabalhar nas Unidades de Saúde”*, *“vou trabalhar, mas é uma coragem que não tinha”*, *“silêncio, a tragédia vai iniciar (o início da pandemia, o temor pelo desconhecido)”*.

As frases nos trazem os temas do medo, da coragem, aprendizado, do desco-

nhecido e da dúvida. Não resta dúvida, de que a tragédia ficou marcada nos corpos e nas mentes de cada trabalhador e gestor.

IRANDUBA: UM LUGAR PERTO E LONGE DO CUIDADO

O município de Iranduba com população estimada de 49.718 habitantes (IBGE, 2021), e conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Para informações complementares sobre as estratégias de enfrentamento ao Covid-19 para este município, consultar o capítulo: *“Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas”* (Schweickardt et al., 2022).

Dando continuidade a primeira parte da pesquisa apresentada em (Schweickardt et al., 2022), os trabalhadores de saúde do município foram convidados a participarem da oficina onde identificaram o problema central com sendo a *“Desarticulação entre Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica”*, o que refletiu na atitude dos usuários, como a falta de adesão dos mesmos às medidas sanitárias e a vacinação, atitude reforçada pela propagação de fake news, tanto sobre a eficácia da vacina como sobre o tratamento.

Ainda destacaram que nas Unidades de Saúde houve ausência de protocolos, falta de equipamentos de proteção individual, medicação e insumos (principalmente no início da pandemia). A gravidade da doença e alto risco de contaminação pelo Covid-19 foram manifestados como causa da desconfiança e medo, não somente dos usuários como também dos profissionais que atuaram na linha de frente, diante do desconhecido que era a Covid-19.

Conforme exposto pelos trabalhadores de saúde do município de Iranduba, o luto, o medo e a falta de um programa voltado aos cuidados para os trabalhadores da saúde que estavam na linha de frente na pandemia de Covid-19, trouxe consequências para a atuação dos profissionais. Ora eram reconhecidos como heróis pela população, ora vítimas de problemas mentais decorrentes da sobrecarga de trabalho e, também, por estarem diante de uma situação considerada como *“desconhecida”*. Os trabalhadores e trabalhadoras tiveram que ter *“coragem”* para realizar a sua função, e se reinventar enquanto pessoa para suportar a carga de trabalho e os lutos que os cercaram, muitas vezes nas suas próprias famílias.

Foi apontado também que a disseminação das fake news trouxe a recusa da vacinação, causando baixa adesão às medidas sanitárias, principalmente porque no início da pandemia havia ausência de protocolos consolidados, atraso em matérias primas, medicamentos e EPI, levando a um alto grau de

contaminação da Covid.

Para os trabalhadores, *“articular de forma clara e conjunta as atuações da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica”*, levaria a solução ou mitigação dos problemas enfrentados. Outro ponto relevante apontado pelo grupo, foi a capacitação dos profissionais da Atenção Básica quanto as ações da Vigilância Epidemiológica e sobre os agravos. Em relação a isto, também foi reforçada a necessidade de reuniões mensais entre as equipes da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e áreas técnicas, além da realização de minicursos voltados a educação em saúde. Complementando, expuseram a relevância se ter cursos sobre os agravos nas salas de Espera das Unidades de saúde, e divulgação na mídia sobre a importância da Atenção Básica e da Vigilância epidemiológica para saúde da população, com elaboração de material de apoio audiovisual.

O grupo sugeriu um plano de ação com a realização de um Simpósio com técnicos da Fiocruz/Am, que aborde o tema da Integração das Ações da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica de forma teórica e prática para que a partir daí seja construído um plano de ação geral com a participação de todos. Este simpósio seria voltado a mitigação de impactos, combate a desinformação sobre a pandemia de Covid-19. Expressaram também, a realização de um levantamento sobre as razões para recusa da vacina, com ações de educação em saúde, em conjunto com a assistência social.

Evidenciaram a otimização dos espaços do Programa Saúde na Escola (PSE), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para realização de cursos, apoiados por material audiovisual, abordando e elucidando especialmente os achados (razões e motivos para não adesão a vacinação) nos levantamentos realizados pelos profissionais com os usuários que se recusam a se vacinar.

As frases sobre as vivências durante a pandemia foram as seguintes: *“Valor da Vida! A importância de viver todos os dias da melhor forma possível”, “Solidariedade, empatia e amor entre as pessoas e famílias”, “No meu caso tive Covid, tinha medo de passar para minha mãe e para os meus filhos, eu chorava constante, passei pela psicóloga, depois voltou ao meu normal, minha família ficava muito preocupada. Mas meu Deus é maravilhoso! me deu a cura, e o melhor foi voltar a trabalhar com a equipe novamente! Todos juntos”, “Importância das pessoas, “A perda de amigos”, “A morte”, “o temor pelo desconhecido”, “compromisso em ajudar e o exercício da paciência com a família e com a comunidade”.*

MANICORÉ: A GESTÃO DA PANDEMIA NOS BARRANCOS DO RIO MADEIRA

O município de Manicoré com população estimada de 57.405 habitantes (IBGE, 2021), conta com hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: *“A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de Covid-19”*, (Schweickardt et al., 2022).

De acordo com relatos dos trabalhadores de saúde que estiveram na oficina, os principais problemas foram evidenciados na pandemia foram os seguintes: inexistência de protocolos para tratamento da Covid-19; a falta de capacitação profissional; a falta de conhecimento sobre a Covid-19 e suas complicações; a falta de apoio psicológico para os profissionais que estiveram na linha de frente; saúde mental pós-Covid abalada com presença de transtornos mentais como: depressão; medo, ansiedade e medo do desconhecido.

Em relação à população: falta de conscientização do uso de máscaras; falta de adesão à vacina para prevenção da Covid-19; a recusa de pacientes em aceitar o diagnóstico da Covid-19; preconceito dos próprios pacientes em relação a estarem no mesmo ambiente que pacientes acometidos por Covid-19.

O grupo propôs estratégias para enfrentar estes problemas: ampliar e reorganizar a rede de atenção mental para melhor adesão dos usuários e profissionais de saúde do município de Manicoré; realizar novas contratações de profissionais psicólogos a partir da abertura e divulgação de edital nos canais de comunicação; fortalecimento dos trabalhadores de saúde do município com capacitação profissional, e implementação de um tempo protegido para Educação Permanente com agendas para os profissionais da saúde à cada mês (todas as Unidades Básicas de Saúde a cada 15 dias), além de uma agenda informativa.

Como ação complementar, desenvolver ações de Educação Permanente, divulgação a partir de banner informativos sobre o tempo protegido na agenda dos trabalhadores de saúde e implementação de fluxograma de Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica, com reunião para alinhamento entre profissionais, e roda de conversa mensalmente entre profissionais de saúde, e fluxos impressos para visualização.

Como ações, os trabalhadores propuseram realizar: visita domiciliar – ao menos 1 (uma) busca ativa por semana dos pacientes faltosos em saúde mental e ouvi-los; visitas domiciliares mensais a pelo menos 3 (três) pacientes por área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde.

Ressaltaram também: criação de material informativo com orientações sobre o cuidado/ importância da saúde mental, orientando o usuário sobre o sigilo profissional no atendimento psicológico; promoção de rodas de conversas, com o auxílio de imagens e vídeos explicativos dos trabalhadores de saúde para os usuários utilizando as plataformas digitais mais populares com o Tik Tok, e realizar uma atividade educativa de saúde mental por semana.

Quando perguntado sobre as frases que melhor descrevem o que os trabalhadores vivenciaram durante o exercício de suas profissões nesse período, a maioria respondeu com a apenas 1 (uma) palavra: “*gratidão*”; “*óbitos*”; “*vacina*”; “*superação*”; “*felicidade*” e “*vacina*”. Das frases, se destacaram: “*sem ar*”; “*não me deixe morrer*”; “*amor ao próximo*” e “*solidariedade*”.

BOCA DO ACRE: O CUIDADO EM SAÚDE NA CHEIA E NA SECA DOS RIOS

O município de Boca do Acre com população estimada de 34.958 habitantes (IBGE, 2021), e conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: “A Covid-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas” (Schweickardt et al., 2022).

Os trabalhadores de saúde presentes na oficina priorizaram como o problema central: a “*falta de adesão às normas de prevenção a Covid-19 pela população*”, seguidos pela “*rejeição da vacina*,” por parte da população e “*falta de respeito aos profissionais*”. Foram associados ao problema central a “*falta de equipamentos hospitalares*”, e a “*falta de álcool em gel no início da pandemia*”, porém, a falta de álcool em gel é uma situação que foge à governabilidade do grupo.

Para este grupo de trabalhadores, o problema mais sério, ou seja, o que foi citado 9 (nove) vezes durante a oficina, foi a falta de adesão às normas de prevenção ao Covid-19 pela população; juntamente a rejeição a Vacina e a falta de informações fidedignas sobre a Covid-19 devido à fake news, e o excesso de cobrança dos órgãos de controle sobre a pandemia.

Como ações, foram discriminadas: a utilização das redes sociais, como rádios locais, carro volante, placas informativas para divulgar informações de órgão oficiais; ações sociais voltadas a disseminação da prevenção e controle da Covid-19. Foi apontado também a realização de busca ativa aos usuários; fiscalização sanitária e epidemiológica junto com o Ministério Público e a Polícia Militar; formação do Comitê do Covid-19 para a multiplicação de informações fidedignas à população; realização de Cursos de

Educação Permanente em Saúde para todos os níveis de trabalhadores da saúde (palestras, treinamentos e rodas de conversa).

Como meta aos profissionais e gestores foi exposto a importância de: elaboração de materiais informativos que combatam as fake news; a utilização dos meios de comunicação como rádio, transmissão de lives, vídeos e redes sociais para informar sobre a Covid-19 com uma linguagem mais popular e acessível.

A formação de grupos de trabalhadores de saúde para o combate as fake news, complementados pela distribuição de panfletos nas Unidades de Saúde, escolas, igrejas e bairros; em adição a criação de programas de rádios específicos aos ribeirinhos sobre as informações verídicas de combate a Covid-19. Visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde foram mencionadas como essenciais para a população atendida, além da valorização destes profissionais.

Como estratégias, citaram a divulgação das ações de saúde realizadas no âmbito dos estabelecimentos de saúde; a capacitação dos trabalhadores de saúde, e o reconhecimento do trabalho dos profissionais de saúde por parte da gestão. Nesse sentido, elencaram como metas: a utilização dos meios de comunicação para divulgar ações consolidadas e serviços realizados pelas equipes envolvidas; realização de oficinas, discussão sobre o caos em mesa redonda; educação permanente e palestras. Sobre tudo, o melhoramento na remuneração dos trabalhadores de saúde, como exemplo: abono salarial e gratificação para as equipes que alcancem metas. Assinalaram também, incentivos motivacionais para os trabalhadores, como: prêmios mensais para os profissionais de destaque; divulgação em mural virtual para o reconhecimento e valorização deste no meio profissional e pela comunidade.

Em relação a frase que resume a experiência profissional no período da pandemia: *“perda de familiares”; “medo de tudo”; “impossibilidade de cuidar do filho com Covid-19 em Manaus”; “exausta, porém satisfeita com o serviço prestado para com a população”; “Um aperto no coração”; “a história do ... fique em casa”; “Corredeira e levando o caso”; “pandemia: período de renúncia pessoal e reinvenção profissional”; “Queria me isolar, mas precisava levantar”; “Medo de perder familiares e amigos”; “Está grávida. E se pegar Covid-19? Viver com intensidade” e “Medo de perder pessoas queridas”.*

Ao serem convidados a explicar sobre suas frases, algumas das falas mais expressivas, foram:

“Segura o caixão!”, “no início, no auge, começaram as mortes (...) não poderia haver velório... ninguém queria ir ao cemitério (...) quando acontecia

o óbito, tinha que providenciar tudo. Eu e Fulano. O caixão não podia cair: Fulano, segura o caixão!”

“Uma Questão pessoal”: “Quais são os sintomas, perguntou o meu filho (...) Não havia como ir a Manaus para cuidar do filho (...) eu era grupo de risco pela idade, fumante. Não podia fazer nada com um sofrimento a mais (...) todo mundo desorientado (...) viver dia após dia. Quando voltei a trabalhar, senti necessidade de sedação, ansiolítico...”

“Um aperto no coração”: “sentimento várias vezes de sofrimento com...”. Filhas trabalhadoras da saúde também foram atender no Covid. “Mãe e Trabalhadora – Deus, só Deus”. Precisava apoiar, e ela também precisava trabalhar”

“Perda de Familiares”: “em Pauini, teve o cancelamento da festa: Começou a pandemia”. Era grande a preocupação com a mãe idosa. O medo era perder os familiares, o medo não era comigo”

“Medo de perder alguns amigos e familiares, que testaram positivo”: “um aperto no peito (...) alguns tiveram doença bem grave (...) a família toda testou positivo. Tenho uma filha doente, bem grave, nasceu prematura, (...) diziam que crianças não adoeciam, mas foi a única que ficou internada. Medo de perdê-la... angústia respiratória”

*“Corredeira levando a canoa (Corredeira e levando ao caos)”
“mas foi mesmo é medo de morrer. Não tinha álcool gel (...) a esposa teve Covid. Ajuda grande de Dona Fulana, alguém ajudando a não dar nó na cabeça. Sou agradecido, Dona Fulana!”*

“Querida me isolar, mas precisava levantar”: “Não conseguia me isolar (...) na Secretaria as pessoas tendo que fazer todo o serviço. Fazia teste e dava negativo, a quem recorrer? (...) ajudamos a cavar sepulturas, tinha o fulano com calos nas mãos. (...) Vir trabalhar doente, não tinha nem como ficar doente: era colocar uma máscara, levantar e ir trabalhar”

“A conversa com Deus”: “Uma semana como técnica – teste positivo para Covid (...) fiquei muito triste não tinha mais como ficar com meus filhos, nem com ninguém (...) Deus, te entrego os filhos, a vida deles (...) Não podia abraçar um filho de dois anos, como que ele ia entender isso?”

“Ninguém na minha casa teve Covid, só eu. E... meu filho de dois anos bebeu água no copo que eu bebi!”

“Estar grávida e trabalhar na Covid”: “tinha morte de bebês e de grávidas – e se eu pegar Covid? Eu me abalava! Morrer e matar meu filho? Eu me abalava...”

“Valorizar a família em todos os lugares”: “Sou ACS e tenho criança, mãe idosa e hipertensa. Foi uma experiência terrível (...) trabalhei na barreira sanitária e peguei Covid, ainda por cima, já tive tuberculose (...) (Fiz uma)

Entrega religiosa pela vida

“Medo de perder pessoas queridas”: “Tive uma filha em março de 2020. Esperada, planejada, aí, fiquei isolada. (...) Fiquei sem ter proximidade nem com o meu pai, que morava ao lado. (...) na segunda onda infectou a todos em casa – dias de aflição e angústia mesmo com sintomas mais leves. Na segunda onda já tínhamos mais conhecimento”.

“Medo de perder pessoas da minha família”: “A necessidade de encaminhar para Manaus, quanta dúvida, tinha que responder... A médica assumiu a conduta diante da dúvida dos filhos (...) foram de madrugada mesmo (...) me chamaram para vê-lo e não reconheci meu pai”

“pandemia: período de renúncia pessoal”: “história de salvar vidas, renunciar à família (...) estava na clínica e no hospital e a equipe de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (...) quando perdíamos vidas o Fulaninho tinha que carregar e nós tínhamos que empacotar (...) velamos pessoas na equipe (...) tínhamos que respeitar a morte das pessoas” (...) profissional tinha que reencontrar o próprio trabalho, mesmo que estraçalhado. Ali estava o amor: o profissional se reencontrando, renunciando a si mesmo”.

“O último suspiro”: “Lembro os últimos olhares, não palavras, mas nos diziam com o olhar (...) como sair e compartilhar com a família o óbito? (...) o abalo na troca de plantão (...) transporte de colega ficou doente, com um teste positivo e outro negativo, mas não estava bem: ‘vamos levar ele para Rio Branco’. Ele dizia: eu vou morrer! Conhecia os pensamentos... Aí eu abracei forte e fiquei cantando (...) Tinha uma gravidade na busca por cuidados (...) todos nós pegamos Covid, mas é bom lembrar dos que saíram bem”

“Todo o mundo passou a viver a vida com mais intensidade”: “Valorizamos mais o que somos e temos (...) minha filha tem problemas de saúde e nos preocupávamos só com ela (...) depois minha avó ficou mal e isso proibiu ela de estar com a avó e foi muito sofrimento (...) hoje, a gente vive com mais intensidade”.

“O desespero dos infectados” “quando abríamos o Centro de Referência de Covid todos queriam entrar, todos queriam ficar (a) salvos, porque iriam morrer. Quando o teste é positivo, o desespero era maior (...) quando os profissionais foram ficando doentes foi desesperador, chegamos a ficar apenas em cinco trabalhadores”.

“Medo de perder a família e amigos”: “Ver o avô, o desespero e não poder fazer nada. (...) o desespero de ver a situação na imprensa e vendo... às vezes não podia ver o jornal”.

“Medo de tudo”: “(...) Minha filha com dores nas pernas e os serviços de urgência cheios, aí não era Covid, mas fiquei lá, um novo exame e era Covid (...) não dava para ir para nenhum lugar e ninguém podia ajudar nós.

Ficar com a filha com Covid, não tinha jeito, com 27 dias (de doença) ainda (continuava) sintomática e positiva. Sozinha em casa sem mais ninguém... qualquer coisa eu chorava, eu não tinha medo, (mas) hoje tenho medo de tudo”.

*“Exausta, porém satisfeita com o serviço prestado à população”
“Ainda no sétimo período estagiava na ‘porta’ em Rio Branco. Cumprindo as tarefas. (...) quando me formei, voltei para Boca do Acre e fui para o Centro de Referência na triagem: sacrifícios e demandas enormes, mas satisfeita em ser útil”.*

“Isolamento social entre amigos e familiares” “Receio de infectar os pais. (...) família sem informação e o cunhado com Covid – foi internado em hospital particular, e aí, muitas dificuldades (...) sofrimento não poder ajudar as pessoas queridas”.

“Fica em Casa”: “Não podia ficar em casa, mas tinha que ficar em casa. Será que amanhã vou estar em casa? Será que vou voltar em casa. (...) exames direto com pacientes e a família não queria contato. Não tinha ninguém, era nós e nós! O município foi abençoado pelos poucos óbitos, (...) fizemos tudo o que podíamos (...) pensar mais com carinho, pensar na vida. Agradeço a todos e a Deus. Nunca falamos assim sobre a Covid, um trabalho incrível (...) a Diretora foi incrível”.

“Desafio de ser gestor na pandemia”: “retornei à Secretaria nas vacinas, ali tinham os órgãos de controle, as comorbidades. O servidor está ali pronto para trabalhar, mas tem que chegar as coisas para ele trabalhar.”

“Eu tive que esperar a minha vez, tenho sequelas”: “Não podemos parar, todos estão esperando por nós, são demandas e mais demandas. (...) na hora da porrada é com a gente. Os serviços não podem parar. Quando parar a pandemia, vamos ver as consequências sobre as outras doenças (...) tudo foi deixado de lado e estamos sofrendo as consequências, e, ainda tem o pós-Covid.”

“Para o Ministério da Saúde não é mais Emergência de Saúde Pública e aí, não tem mais transferência financeira extra para o acréscimo de despesas. O gestor tem que estar atento. (...) e, além da Covid ainda tem a ‘alagação’ e tem que agradecer a Deus por estarmos vivos – briguei com todo mundo! Todo mundo pode brigar, mas nós não. Agora, como fazer escala com 50 servidores de licença?” Aí tem Covid de novo, sequelas, esquecimento.”

“Como pagar? Como conseguir (recurso) no esgotamento? E o privado na falta de alternativa?” “Como construir uma memória permanente do esforço que se fez na saúde? Sempre haverá retribuição sobre o que conseguimos realizar – Somos felizes na felicidade dos outros; somos privilegiados – Deus nos concedeu esta oportunidade, este é o trabalho que Deus nos deu”;

“Temos muito que aprender e aprendemos muito! É uma palavra: Agradecimento – o gestor tem que saber agradecer”.

Os facilitadores Júlio Cesar Schweickardr e Paulo Eduardo Xavier de Mendonça da oficina concluíram com uma nota: *“as colocações e comentários dos participantes mostraram as potências, os medos bem como as dores e alegrias experienciadas no cuidado individual e coletivo e foi também colocada a importância deste momento, no sentido de ter havido uma oportunidade ímpar de falar e ser ouvido, de relatar e de acolher a dor dos companheiros de jornada neste enfrentamento de problema que exigiu energia, força, construção de conhecimento, superação e muita solidariedade e inventividade para o resultado que obtiveram até aqui”.*

MANACAPURU: O TRABALHO NA CIDADE DA CIRANDA

O município de Manacapuru com população estimada de 99.613 habitantes (IBGE, 2021), e conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: *“O sistema de saúde e o enfrentamento à pandemia em Manacapuru/AM: matizes de diversidade na resposta local”* (Schweickardt et al., 2022).

Os trabalhadores participantes da oficina, expuseram como objetivo geral: ampliar o quantitativo de Unidades de Referência no município; realizar rodas de conversa com os usuários (incentivando a participação popular na luta pela ampliação do serviço – mensalmente); descentralizar as ações de saúde para o enfrentamento da pandemia a partir de palestras nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde; levar profissionais especializados até o domicílio e realizar panfletagem nas casas e nas ruas.

Enfatizaram a relevância de se criar estratégias para o acompanhamento das atualizações sobre a Covid-19, como a participação em palestras educativas sobre a Covid-19, a manutenção do fluxograma atualizado a partir da Educação Permanente para os trabalhadores em saúde e o monitoramento do paciente através de telefone ou pessoalmente no período de 14 (quatorze) dias. Para este grupo de trabalhadores da saúde, não houve exposição de frases que marcaram seus trabalhos durante os plantões de atendimento a pacientes com Covid, pois as facilitadoras tiveram problemas de ordem técnica.

TEFÉ: REFERÊNCIA EM SAÚDE PARA A REGIÃO DO MÉDIO RIO SOLIMÕES

O município de Tefé com população estimada de 59.250 habitantes (IBGE, 2021), e conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em ge-

ral. Sobre as estratégias ver o capítulo: “Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM ...” (Schweickardt et al., 2022).

A oficina com trabalhadores de saúde do município priorizou o problema central: *“Falta de adesão à vacina por parte da população e dos profissionais de saúde”*. Também foram citadas, as questões de *“incerteza”* e *“angústia”*, *“medo”*, *“desgaste físico e mental”*. Em relação ao *“isolamento social”*, *“ausência ou carência de recursos financeiros e insumos”*, fogem à governabilidade do grupo, portanto, não foram considerados para o estabelecimento de estratégias.

Os problemas descritos pelo grupo foram: isolamento social; falta de diagnóstico; sofrimento psíquico dos profissionais de saúde; incertezas; medo; angústia; recusa dos imunizantes por parte dos trabalhadores de saúde; a ineficiência dos conhecimentos consolidados e o desgaste físico e mental.

O problema central - *“Recusa do imunizante”* foi transformado no objetivo geral de ação, tendo como proposta, *“Diminuir a resistência da população e dos trabalhadores de saúde aos imunizantes contra Covid-19”*, e as causas se tornaram os seguintes objetivos específicos: articular diferentes frentes de comunicação para combater a desinformação (*fake news*) contra as vacinas – propaganda nas redes sociais, palestras em escolas, igrejas, entrevistas de gestores e trabalhadores da saúde nos meios de comunicação locais; identificar possíveis atores sociais que possam ajudar a multiplicar mensagens positivas sobre os imunizantes, como líderes religiosos, e garantir sua colaboração; distribuir de forma eficaz os imunizantes em locais de vacinação acessíveis para garantir a melhor adesão da população.

Dentre as metas citadas estão: incursões do secretário de saúde e de outros trabalhadores da saúde em rádios e TVs locais para falar da importância da vacinação; criação de um grupo de trabalho com vários segmentos da sociedade para tratar das ações contra a pandemia, além de identificar possíveis atores sociais que possam ajudar a multiplicar mensagens positivas sobre os imunizantes, como líderes religiosos (padres e pastores), e garantir sua colaboração.

Como ações, foram propostas: reunir com grupos de pastores e lideranças de igrejas católicas locais, falando da importância da imunização e pedindo o auxílio destes para divulgação das ações de vacinação no município; distribuir de forma eficaz os imunizantes em locais de vacinação acessíveis para garantir a melhor adesão da população; municiar o setor de Imunização da SEMSA Tefé com informações que possibilite a atuação mais contundente em locais com

maior resistência da população à imunização; realizar palestras para os trabalhadores de saúde, que eventualmente também recusam a vacinação; limitar a circulação de pessoas não vacinadas nas unidades de saúde e SEMSA Tefé. Na ocasião o grupo relatou que muitas destas ações já tinham sido realizadas ao longo da pandemia. Com efeito, Tefé foi um dos municípios com melhor resposta na área de comunicação sobre o Covid-19, com Boletins epidemiológicos nas redes sociais, vídeos e ações de vacinação amplamente divulgados, conforme pudemos observar ao longo do trabalho de pesquisa sobre a gestão da pandemia naquele município.

Ao final da oficina, os trabalhadores expuseram as frases que marcaram suas atuações no cenário pandêmico: *“foi um momento de muita incerteza”*; *“Vimos a nossa fragilidade como seres humanos”*; *“Meu maior medo era contaminar meu filho e minha família”*; *“trabalhava por 12 horas e ia dormir em casa. Mesmo com cuidados, acabei contaminando meus pais”*; *“Foi muito cansativo, não tínhamos tempo nem para pensar”*; *“Me tornei uma pessoa que valoriza mais a família”*; *“Foi difícil porque no início não sabíamos o que fazer nem como agir com aquela nova doença”*; *“Fomos aprendendo no processo”*; *“Me apeguei com Deus”*; *“Otimismo sempre”*.

PARINTINS: A GESTÃO E O TRABALHO DE UMA PANDEMIA SEM BOI BUMBÁ

O município de Parintins com população estimada de 116.439 (IBGE, 2021), conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: *“O enfrentamento da Covid-19 em Parintins: aprendizagens com e na pandemia”* (Schweickardt et al., 2022).

O grupo de trabalhadores e gestores apontou como problema central para o enfrentamento ao Covid-19: *“Falta de adesão às normas de prevenção ao Covid-19 pela população”*. O grupo realizou a listagem de problemas, e foi necessário agrupar os problemas que estavam semelhantes, já que foram 9 (nove) problemas apresentados referentes à falta de adesão às normas de prevenção, dois de *“rejeição a vacina”*, e duas vezes mencionado a *“falta de respeito aos profissionais”*.

A questão da *“falta de equipamentos hospitalares”*, foi uma das mais citadas por este grupo com 4 abordagens e *“falta de álcool em gel no início da pandemia”*, porém, são situações que fogem à governabilidade do grupo, salientando que expuseram que a situação da falta de álcool já foi resolvida.

Foram apontados como outros problemas relacionados: a incipiência da ESF no rastreamento e monitoramento dos casos de Covid-19; a inexistência de

fluxos de atendimentos; a falta de equipamentos e de profissionais foi a mais mencionada para este tópico. Sendo complementadas pela busca ativa dos usuários; a patogenicidade da Covid e suas consequências; as sequelas da Covid e a reabilitação dos acometidos; as fake news da vacina e medicamentos; a carência de estrutura hospitalar e UBS (esses dois últimos itens fogem à governabilidade do grupo).

Dessa forma, o problema central: *“Falta de profissional para o enfrentamento de Covid-19”* foi transformado no objetivo geral de ação: o de *“Criar incentivos para a fixação de profissionais de saúde”* no município, tendo como causa ou (objetivos específicos): intensificar estratégias de comunicação de qualidade; intensificar ações de EPS para qualificar os profissionais de saúde. Como estratégias foram apontadas, além da criação de incentivos para a fixação de profissionais de saúde; concurso público; ampliação nas formas de contratação; pactuação entre Estado e Município.

Quanto às metas e ações: mobilização do Conselho Municipal de Saúde; Garantia aos direitos trabalhistas e fortalecimento a regionalização. Intensificar estratégias de comunicação de qualidade sobre a Covid-19; formar parcerias com as IES para a produção de informações da Covid-19; Implementar as ações do PSE para a divulgação das informações; promover atividades com as comunidades através das suas representatividades.

Foram externados também: elaborar e divulgar boletins com informações pertinentes; Elaborar podcast, vídeos educativos; Realização de oficinas interseoriais; Rodas de conversa: mitos e verdades sobre Covid-19; Concursos de produção de materiais (cartazes, etc.); Rodas de conversa (mitos e verdades) com os comunitários; Voz comunitária; criar comitês interseoriais para atuação nos setores públicos; Dia D da vacina e da divulgação das informações. Intensificar ações de EPS para qualificar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico. Sensibilizar os profissionais através do horário protegido nas UBS para realizar a EPS; Alinhar as atividades da *“PST”* ao cronograma da EPS; criar incentivos para despertar nos profissionais a participação das atividades de EPS; criar protocolo que estabeleça a participação ativa dos profissionais no cronograma da EPS; produzir documentário que possa fomentar a troca de experiências dos profissionais; Realização de oficinas terapêuticas; Realização de rodas de conversa.

Após a exposição de objetivos, metas e ações, foi realizada uma roda de conversa sobre as experiências de Covid-19 no contexto do trabalho: *“O susto depois do almoço”*; *“Empatia”*; *“Tem uma luz no final do túnel”*; *“Noites pen-sativas”*; *“O marido e a mãe morreram na mesma tarde, e ela renasceu das cinzas”*; *“Defendo o SUS, defendo a Ciência. Viva os heróis da saúde”*; *“Um*

processo de transformações biopsicossocioespirituais”; “Não quero viver por mim, mas sim por vocês”; “Adaptação repentina, envolto ao desconhecido”; “Enfermeira, enfermeira... socorro! E agora?”; “Gratidão pela vida, dia após dia, todos os dias”; “As vivências, afecções e reflexões na pandemia de Covid-19”; “Profissionais de saúde: guardiões das memórias”; “Fomos desafiados pelo desconhecido”; “Amor pela vida”; “Primeiro impacto do caso da Covid-19”; “Renovar diariamente a serenidade, positividade e muita disposição para estudar sobre os fluxos e protocolos”.

PRESIDENTE FIGUEIREDO: O CUIDADO EM SAÚDE NA TERRA DAS CACHOEIRAS

O município de Presidente Figueiredo, com população estimada de 38.095 habitantes (IBGE, 2021), conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: “O enfrentamento à Covid-19 no Município de Presidente Figueiredo” (Schweickardt et al., 2022).

O problema central apontado por este grupo, foi: a “Falta de comunicação” o qual foi transformado no Objetivo Geral de ação: “Melhorar a comunicação-gestão, equipe, população”, que levaram as causas que deram origens a objetivos específicos: promover a saúde do trabalhador; criar estratégias de informações fidedignas sobre Covid.

Os problemas identificados, que foram base para as ações propostas pelo grupo, foram: *“a existência de informações contraditórias sobre Covid”; “Percepção do risco de infecção pela população”; “Consciência sobre a Covid”; “Rejeição a vacinação do Covid”; “Automedicação”; “Falta de transporte para deslocamento imediato da equipe”; “Falta de organização e trabalho em equipe”; “Trabalho desorganizado, pouca comunicação”; “Falta de comunicação”; “Reações pós-vacina”; “Saúde do trabalhador”; “Humanização”; “Falta de humanização e acolhimento no cuidado”; “Saúde mental”.*

As estratégias sugeridas pelo grupo: *“Melhorar a comunicação-gestão, equipe, população”; “Desenvolvimento de Educação em saúde para a população”; “levar informação de qualidade para a população a partir da elaboração de folder, cartazes, banner”; “Criação de fluxos e processos de trabalho”.*

Ainda outras sugestões em relação à EPS: *“Manter o ambiente harmônico entre a equipe e ter um bom diálogo com a população; Promover oficinas de EPS e de Educação em saúde. Promover a saúde do trabalhador”; “criar um programa de acolhimento multiprofissional voltado para a saúde do trabalhador; Atendimento permanente a todos os profissionais de saúde”; “Cursos de práticas integrativas; implantar a saúde do trabalhador na vigi-*

lância”; “Curso de formação para cuidado de saúde do trabalhador. prática integrativa de saúde”.

Sugestões para melhorar a qualidade das informações: *“Criar estratégias de informações fidedignas sobre Covid-19”; “Capacitação periódica das equipes de saúde com informações atualizadas sobre Covid; Unificar as informações sobre Covid-19”; “Podcast, Panfletos, Programa de rádio ‘minuto Covid’”.*

Ao compartilharem suas experiências, as frases que os marcaram foram: *“Meu pai é um milagre de Deus”; “Choro, lágrimas e desespero”; “Usar ou não usar a máscara”; “Empatia”; “Inutilidade”; “Solidariedade”; “Valorize-se, a vida vale muito! Gratidão”; “Até aqui Deus nos ajudou”; “Desacelerou; Superação, sacrifício, renunciar”; “Medo do desconhecido, desafios, superação e Deus”.*

CARAUARI: A PRINCESINHA DO JURUÁ EM MOVIMENTO DE CUIDADO

O município de Carauari/AM com população estimada de 28.719 habitantes (IBGE, 2021), conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: “O enfrentamento da Covid-19 no município de Carauari/AM” (Schweickardt et al., 2022).

Os problemas apontados por este grupo de trabalhadores são: falta de informações e comunicação sobre a doença; falta de recursos humanos; sobrecarga para os profissionais e trabalhadores da saúde; falta de recursos; falta de valorização dos profissionais; falta de conhecimento sobre a Covid-19; deficiência no acesso à internet no município. Dessa forma, definiram como problema central: a *“falta de conhecimento, comunicação sobre a doença”, que foi transformado no objetivo geral de ação “Conhecer sobre a doença”.*

As causas, se tornaram objetivos específicos que expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral: melhorar o acesso à internet no município; melhorar a divulgação de informações com base em documentos oficiais para a população geral e sensibilizar a população sobre a gravidade da Covid-19.

O grupo propôs como estratégia de ação: educação permanente em saúde; investimento em capacitações para os profissionais de saúde em geral; diminuir a taxa de contaminação; acolhimento, atendimento e tratamento adequado; realização de oficinas mensais com atualizações para todos os profissionais de saúde; melhorar o acesso à internet no município; buscar junto aos governantes, melhorias, pelo menos para profissionais de saúde, tem em vista a necessidade de atualizações para os profissionais; aderir conexão de boa qualidade

e melhorar a divulgação de informações.

Nessa perspectiva, apontaram a importância de se investir em educação em saúde por meio de palestras, atividades coletivas e redes sociais; treinamentos para os profissionais de saúde; realizar visitas periódicas levando informações atualizadas para áreas mais precárias e de difícil acesso; reduzir o número de infecções de pessoas com comorbidades e que estão no grupo de risco; atualizar as informações repassadas para a população urbana e rural, mensalmente e trimestralmente, respectivamente. Somados à sensibilização da população sobre a gravidade da Covid-19, a partir de atividades educativas (educação e saúde), sobre a importância da prevenção da Covid-19. Buscar integração institucional (educacionais/ assistenciais), visando adequar os meios de compartilhamento das informações sobre Covid-19, se evitando assim, a disseminação do vírus; realizar palestras educativas, 02 por mês; realizar parcerias com órgãos integrados.

As frases que marcaram a atuação do grupo na pandemia são: *“Barco lago de Carauari”; “Desespero”; “Sobrecarga”; “A perda da minha avó, sentimento de impotência”; “Impotência”; “A tudo dai graças”; “Perda irreparável, solidariedade”; “Desespero”; “Perda!”; “Sentimento de impotência”; “Responsabilidade”; “Reconhecimento e valorização enquanto profissional”; “Vulnerabilidade”*. Se é possível fazer uma analogia ao esforço dos trabalhadores e gestores com as sensações descritas, poderia se dizer que a Princesinha do Juruá, como o município é conhecido, construiu saídas, tal qual a planta trepadeira que representa o seu nome, percorrendo superfícies nas quais se espalha para produzir frutos adocicados. O enfrentamento à pandemia mobilizou o trabalho em saúde no território, enfrentando adversidades.

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA: A COMPLEXA GESTÃO DO CUIDADO NO LUGAR MAIS INDÍGENA

O município de São Gabriel da Cachoeira com população estimada de 47.031 habitantes (IBGE, 2021), conta com 1 (um) hospital para atendimento da população em geral. Sobre as estratégias ver o capítulo: *“Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira - Amazonas”* (Schweickardt et al., 2022).

Os problemas apontados por este grupo de trabalhadores são: *“Diagnóstico de materiais; Intubação”; “Falta de profissionais; Falta de materiais”; “Falta de treinamento”; “Falta de conhecimento”; “Estrutura Física- Centralização e diagnóstico da Covid”; “Engajamento; Insegurança”; “Falta de estrutura”; “Insegurança”; “Medo”; “Conhecimento”; “Isolamento”; “Monitoramento”; “Medo da carreira”; “Problemas psicológicos evoluindo para o medo justa-*

mente com o usuário”; “Psicológico abalado”; “Dificuldade de contato com o DSEI”; “Todos os profissionais foram infectados”; “Interferências com líderes e religiosos/ fake news”; “Descontinuidade das ações/ Falta de fluxograma”; “Medo de vacinar”.

Neste grupo tivemos a participação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Distrito Sanitário Especial Saúde Indígena Alto Rio Negro (DSEI ARN). Assim, serão apresentados problemas e estratégias de atuação de ambos. Os trabalhadores da SEMSA colocaram como problema central: *“centralização dos testes diagnóstico”*. Apontando como causas: *“a rotatividade de profissionais”; “Redução de custos financeiros”; “Falta de profissionais”; “Descontinuidade das ações”*. O que tiveram como consequências: *“falta de acesso a população”; “Falta de execução de fluxograma”; “Fluxograma inadequado”; “Subnotificação dos casos”*.

Para os trabalhadores de saúde do DSEI, o problema central foi: *“Falta de atualização sobre a Covid-19 que ocasionou a falta de atualização do fluxograma”*, juntamente a *“falta de conhecimento os trabalhadores”*. Como consequência: *“Medo dos profissionais e da população”*.

Como estratégias de ação para o grupo SEMSA: *“elaborar fluxos de diagnóstico e tratamento”; “executar o fluxograma”; “aumentar o número de testagem (até 2023) ”; “melhorar notificação e controle”; “atualização e redirecionamento dos trabalhadores de saúde, a partir da Educação Continuada no município”*.

Como estratégias de ação para o grupo DSEI: *“Educação continuada para os profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI)”; “atualização dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) com a realização de oficinas de 6 em 6 meses para todos os AIS dos 25 Polos-Base”*. Complementados por um *“protocolo que atenda a realidade local, e com a elaboração de cartilhas nos idiomas indígenas locais”*.

MANAUS: O CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NA CAPITAL

O município de Manaus, capital do estado do Amazonas, com população estimada de 2.255.903 habitantes (IBGE, 2021), conta com 21 (vinte e um) hospitais gerais para atendimento da população. Sobre as estratégias ver o capítulo: *“Situação de saúde e ações de enfrentamento à Covid-19 na Manaus dos trópicos.”* (Schweickardt et al., 2022).

Sobre este cenário, os trabalhadores de saúde apontaram como problema central: *“a deficiência do fluxo de atendimento das síndromes gripais”*. Assim, sugeriram *“promover ações de qualificação do fluxo de atendimento das*

síndromes gripais na APS do município de Manaus, influenciaria na melhora da qualidade do acolhimento nas unidades de saúde". Expuseram sobre a importância do "fortalecimento da integração entre Assistência e Vigilância em Saúde". Acrescentaram a estes objetivos, mais dois: "fomentar programa de educação permanente" e "promoção de ações educativas no fluxo de atendimento das SG para o usuário".

Como ações, propuseram: *"capacitar servidores para uma rotina de acolhimento humanizado e padronizado"; "realizar capacitação em serviços nos APS"; "estabelecer horário protegido nas agendas dos profissionais para Educação Permanente junto as áreas técnicas; aumentar o número de centros de referência com a pandemia"; "ter uma equipe de acolhimento em cada unidade de saúde; capacitar pelo menos 10% da força de trabalho no primeiro ano de implantação da EP"; "realizar um EP mensal, para cada 12 meses"; "plano de qualificação da APS e divulgar informações utilizando redes sociais e sistema de informações".*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos retomar nosso ponto de partida, onde nos propomos mostrar as falas dos trabalhadores e gestores da saúde, e os seus desafios no cotidiano do trabalho em saúde durante a pandemia, além das estratégias e ações que julgaram adequadas para a solução ou mitigação dos problemas apresentados. Assim, buscamos a utilização da metáfora embrenhamento, para falar de uma escuta não colonialista, reconhecendo os diferentes saberes, conforme apontado por (Ferla *et al.*, 2017). Os registros realizados nos municípios participantes, sobretudo com gestores, trabalhadores e usuários, de certa forma também demonstram um embrenhamento como expressão das ações desenvolvidas nos territórios: fazeres que ora estavam assentados nas orientações da ciência e da experiência internacional, ora na sua negação, mas frequentemente dependentes da iniciativa de ir tentando avançar, salvando vidas e buscando fortalecer a saúde. Não se trata aqui de reificar a ação dos trabalhadores como heróis, comumente vista na mídia, mas de gente que cuida de gente, o que coloca na agenda das políticas públicas a necessidade do desenvolvimento do trabalho com ações e iniciativas de educação permanente em saúde, onde o saber oficial e o diálogo com os saberes do território constituam aliança capaz de configurar o próprio trabalho.

Dos registros realizados durante as oficinas com os gestores e trabalhadores da saúde dos 11 (onze) municípios: Tabatinga, Iranduba, Manicoré, Boca do Acre, Manacapuru, Tefé, Parintins, Presidente Figueiredo, Carauari, São Gabriel da Cachoeira e Manaus, os problemas mais recorrentes foram: a falta de adesão à vacina; a disseminação em massa principalmente pelas redes sociais

de fake news, fato refletiu na atitude dos usuários, como a falta de adesão dos mesmos às medidas sanitárias e a descrença sobre a eficácia da vacina e no tratamento. Ora, se há descrédito das pessoas sobre as ações dos serviços de saúde, esse também é um problema de saúde que requer atuação do sistema de saúde local, mobilizando instituições e pessoas, denunciando as iniciativas de enfraquecimento do trabalho e contrapondo orientações, mesmo que elas sejam emitidas na voz de autoridades estaduais e municipais. Evidente que o enfrentamento à pandemia está no contexto civilizatório da sociedade como um todo, mas a resistência e o combate à desinformação, na pandemia, tiveram um desafio ético e sanitário.

Foi apontado, a ausência de UTI nos municípios do interior do estado e a insuficiência deles na capital. Nas regiões de fronteira, a falta de comunicação entre as entidades de saúde (entre os países), e dificuldade de se realizar barreira sanitária envolvendo as forças armadas, juntamente a falta de informação sobre cobertura vacinal, fomentadas pela desarticulação entre *"Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica"*, além da inexistência de fluxos de atendimentos. Aqui uma dupla característica do território amazônico: um caráter periférico em relação à incorporação da densidade tecnológica do Sistema Único de Saúde (SUS) derivado, sobretudo, da capacidade de investimentos e humana de absorver equipamentos, uma vez que não corresponde à lógica predominante dos territórios urbanos e do Brasil central; e a dependência local de redes interinstitucionais para a ação nos territórios em caso de emergências e de situações adversas do cotidiano que, no caso da pandemia, sobretudo em relação às Forças Armadas, estavam também reféns do discurso negacionista e da omissão federal. Tais condições apontam a necessidade de desenvolvimento da capacidade local de gestão, reconhecendo a complexidade da produção de saúde nesses territórios, e a utilização de parâmetros e indicadores para as políticas sociais mais compatíveis com as características amazônicas. Como estratégias, os trabalhadores e gestores da saúde destacaram: a criação do *"passaporte vacinal"* nas instituições públicas nas áreas de fronteira; a criação de cartilhas sobre a vacina publicada nos 4 (quatro) idiomas mais falados na fronteira (português, espanhol, tikuna, inglês). A intensificação das ações como a distribuição de máscaras e álcool em gel. Foi considerado, trabalhar a educação em saúde articulada entre vigilância e atenção básica; a ativa dos não-vacinados e a criação de um fluxo para a triagem dos sintomáticos nas Unidades de Saúde.

Ainda para área de fronteira, somaram-se as estratégias: criar parceria para a atenção especializada da fronteira; gerar um cartão provisório para o atendimento dos brasileiros em Letícia/Colômbia; compartilhar informações sobre a vacinação na fronteira, incorporando as informações de vacinação de brasileiros na Colômbia em um sistema de informação compartilhado entre países. As

fronteiras nacionais, sobretudo no Arco Norte, são um marco territorial incompatível com o regular funcionamento dos sistemas de saúde, considerando que devem atender o direito das pessoas ao acesso ao cuidado. Na pandemia, mais até do que o direito das pessoas que circulam pelos territórios, o acesso amplo era necessário como estratégia de mitigação dos efeitos da pandemia de um lado e outro das fronteiras nacionais.

Também foram sugeridos: educação sobre a vacina (Covid-19) nas Unidades de Saúde. ademais, identificar as causas da não adesão à vacina no sentido de desenvolver uma proposta legal que imponha a obrigatoriedade da mesma; a capacitação dos profissionais da Atenção Básica quanto as ações da Vigilância Epidemiológica e sobre os agravos. Realização de Simpósio com técnicos da Fiocruz/AM, que abordasse o tema da Integração das Ações da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica de forma teórica e prática para que a partir daí seja construído um plano de ação geral com a participação de todos.

Em relação à saúde mental, foi proposto: criação de material informativo com orientações sobre o cuidado/ importância da saúde mental, orientando o usuário sobre o sigilo profissional no atendimento psicológico; promoção de rodas de conversas, com o auxílio de imagens e vídeos explicativos dos trabalhadores de saúde para os usuários utilizando as plataformas digitais mais populares com o Tik Tok, e realizar uma atividade educativa de saúde mental por semana.

O problema mais apresentado foi a disseminação das fake news. Para combater as falsas informações foram propostas: a formação de grupos de trabalhadores de saúde para o combate as fake news; distribuição de panfletos nas Unidades de Saúde, escolas, igrejas e bairros; em adição a criação de programas de rádios específicos aos ribeirinhos sobre as informações verídicas de combate a Covid-19 com a utilização de uma linguagem mais popular.

Citaram também: incursões dos secretários de saúde e de outros trabalhadores da saúde em rádios e redes de televisões locais para falar da importância da vacinação; criação de um grupo de trabalho com vários segmentos da sociedade para tratar das ações contra a pandemia, além de identificar possíveis atores sociais que possam ajudar a multiplicar mensagens positivas sobre os imunizantes, como líderes religiosos (padres e pastores), e garantir sua colaboração.

Sobre as estratégias específicas aos trabalhadores de saúde, citaram a divulgação das ações de saúde realizadas no âmbito dos estabelecimentos de saúde; a capacitação dos trabalhadores de saúde, e o reconhecimento do trabalho dos profissionais por parte da gestão. A utilização de meios de comunicação para divulgar ações consolidadas e serviços realizados pelas equipes

envolvidas; além de premiação como - abono salarial e gratificação para as equipes que alcancem metas, no sentido de reforçar incentivos motivacionais para os trabalhadores. Somados a prêmios mensais para os profissionais de destaque com divulgação em mural virtual para o reconhecimento e valorização deste no meio profissional e pela comunidade.

Neste contexto, não consideramos esta pesquisa como concluída. Está longe de ser um ponto final, porém, é preciso uma pausa para reflexão sobre os apontamentos aqui realizados, todavia para esta etapa é preciso chegar ao fim. Sobretudo, é preciso que as contribuições sejam compreendidas numa dupla dimensão: o reconhecimento da singularidade do território amazônico no que se refere à produção de saúde e suas demandas às políticas nacionais; e a contribuição que esse contexto traz para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde em outros contextos territoriais, tendo em vista que há amazoneidades dispersas mesmo pelos territórios urbanos e metropolitanos, invisíveis não pelas distâncias e pela densidade do ambiente natural, mas precisamente pelo seu oposto, a opacificação das diversidades pela dureza do ambiente produzido, quase sempre por relações de ocupação predatórias e que oprimem a expressão das diversidades humanas.

REFERÊNCIAS

Almeida, D. A. R.; Berger, R. M.; Torres, G. N.; Silva, V. A.; Ramos, J. L. S.; Lemos, S. M. (2022). Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.*, **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 75-88).

Ferla A. A.; Trepte, R. F.; Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Martino, A. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde Redes**; 2(3):241-61.

Ferla A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**; 5(2):81-94.

Ferla, A. A.; Schweickardt, J. C.; Cappellari, A. P.; Santos, W. P. (2022). O sistema de saúde e o enfrentamento à pandemia em Manacapuru/AM: matizes de diversidade na resposta local. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**.

1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 89-119).

Freitas, J.M.B. de., Ribeiro, M. V. M. S., Lima, K.M., Silva, R.M. (2022). O enfrentamento da Covid-19 no município de Carauari/AM. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 41-52).

Ferla, A. A.; Santos, I. C. P. A. M.; Schweickardt, K.H.S.C.; Cappellari, A. P.; Moreira, M.A.; Schweickardt, J.C. (2022). A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do Rio Madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de Covid-19. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 140-161).

Guedes, T. R. O. N.; Santos, I. C. P. A. M.; Elias, A. L.; Costa, G. D. F.; Feichas, N. M. L.; Oliveira, J. M.; Schweickardt, J. C. (2022). Situação de saúde e ações de enfrentamento à Covid-19 na Manaus dos trópicos. In Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 120-139).

Mendonça, P.E.X.; Schweickardt, J. C.; Lima, M. B.; Saraiva, M. S.; Reis, E.S. (2022). A Covid-19 chegou no “*longe muito longe*”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas. In: Schweickardt, J.C. *et al.* (org.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 30-40).

Nicoli, M. A.; Benedetti, C.; Bonetti, M.; Casaletti, G.; Carluccio, M. T.; Čavić, M; Panciroli, G.; Sanseverinatti, S.; Serafini, V.; (2022). Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19. Em: D’Apice, C.; Sarli, L. (Org.). **La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia**. 1ª Edição. Porto Alegre, Editora Rede Unida; Parma, Itália, Universidade de Parma.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A. A. (org.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 16).

Schweickardt, J.C; Verçosa, V.I.; Silva, C.F.; Ocampo, J.C.D.; Salazar, K.L. (2022). A Covid -19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM. In: Schweickardt, J.C; Ferla, A.A; Lemos, S.M; Guedes, T.R.O.N; Reis, A. E.S,

R. (Orgs). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C. *et al.* (org.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C., Verçosa, V. L., Silva, C. F. da., Ocampo, J. C. D., Salazar, K. E.L. (2022). A Covid-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 218-236).

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A., Lemos, S.M.; Guedes, T.R.O. N. & Reis, E.S. (2022). Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela Covid-19 no Estado do Amazonas? In: Schweickardt, J.C. *et al.* (org.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp.12-29).

Soares, E. P.; Florêncio, C. R.; Fernandes, L. S. C.; Souza, S. P.; Cavalcante, R. P., Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. das N. (2022). O enfrentamento da Covid-19 em Parintins: aprendizagens com e na pandemia. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 162-188).

Soares, C. G. S., França, C. M. N. B. de., Santos, I. C. P. A. M. dos., Araujo, T. A. (2022). O enfrentamento à Covid-19 no Município de Presidente Figueiredo. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 189-198).

Reis, A. E. S., Ambrósio, S. A., Ferreira, C. P., Santos, M. P. dos., Schweickardt, K. H. S. C., Sousa, M. J. S. (2022). Notas sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus no município de São Gabriel da Cachoeira – Amazonas. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 199-217).

Relatório da Oficina do Município de Tabatinga. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 3-7.

Relatório da Oficina do Município de Iranduba. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 3-8.

Relatório da Oficina do Município de Manicoré. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 3;6;8.

Relatório da Oficina do Município de Boca do Acre. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 5-14.

Relatório da Oficina do Município de Boca do Acre. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 5-14.

Relatório da Oficina do Município de Manacapuru. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 3-8.

Relatório da Oficina do Município de Tefé. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 3-6.

Relatório da Oficina do Município de Parintins. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 5-10.

Relatório da Oficina do Município de Presidente Figueiredo. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 4-6.

Relatório da Oficina do Município de Presidente Figueiredo. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 4-6.

Relatório da Oficina do Município de Carauari. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 4-7.

Relatório da Oficina do Município de São Gabriel da Cachoeira. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 6-9.

Relatório da Oficina do Município de Manaus. (2022). **Relatório de Atividades da 2a etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 1-6.

Vinente, F.; Menezes, K. L.; Café, S. D.; Kadri, M. R. ; Martins, F. M. (2022). Aparentamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM. In: Schweickardt, J.C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 237-250).



SEGUNDA SEÇÃO

“CORREDEIRA, LEVANDO A CANOA”: a gestão e o cuidado em saúde na pandemia em Boca do Acre, Amazonas

*Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Júlio Cesar Schweickardt
Manuel Barbosa de Lima
Márcia dos Santos Saraiva*

PALAVRAS INICIAIS

O município de Boca do Acre foi devidamente apresentado no capítulo “A Covid-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas” (Mendonça; Schweickardt, Lima, Saraiva, Reis, 2022), inserido no livro “Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato” (Schweickardt; Ferla; Lemos; Guedes; Reis, 2022). Ali apresentamos as estratégias de enfrentamento da pandemia desde os momentos iniciais até o final de 2021. Ainda apresentou a movimentação dos casos novos e óbitos. Nesse capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa com usuários, trabalhadores e gestores da saúde do município, realizada no início de 2022 e a oficina com os trabalhadores em maio de 2022.

Figura 13. Encontro do rio Acre com o Rio Purus, município de Boca do Acre.



Fonte: Lahpsa, projeto de pesquisa, 2022.

Depois de dois anos de intensa mobilização em torno da pandemia, conseguimos nos reunir no pequeno auditório da secretaria de saúde do município. Estavam presentes trabalhadores, gestores e os pesquisadores. Foram momentos muito intensos e emotivos porque tivemos a oportunidade de reviver alguns episódios da pandemia, assim como falar sobre os medos, angústias e experiências que marcaram os corpos e as mentes de todas que se envolveram na gestão e no trabalho na “*linha de frente*”. Assim, o encontro presencial foi fundamental para que as nossas vozes fossem escutadas, sentidas, dando espaço para que as lágrimas corressem livremente.

O encontro foi muito potente e uma das frases marcou o nosso encontro foi “*corredeira levando a canoa*”, que apresenta a situação do trabalho na pandemia, uma canoa que está numa corredeira, descendo rápido e é preciso ter equilíbrio e habilidade para conduzir as atividades. Além disso, a enchente anual e cíclica que toma a cidade também precisou da canoa para chegar até as casas. A vida de uma cidade no território líquido tem a sua dinâmica transformada pelas águas que enchem e vazam nos períodos do ano (Schweickardt *et al.*, 2016; Schweickardt *et al.*, 2021).

Em relação aos óbitos por Covid-19, o último foi confirmado em 02 de março de 2022 e o último caso confirmado em 18 de agosto do mesmo ano. Em termos absolutos, em 13 de outubro temos no Painel Covid – 19 do Ministério da Saúde do Brasil em https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html, uma ocorrência para todo o período. Desde o início da pandemia ocorreram 4.793 casos confirmados e 32 óbitos. Relativamente, a incidência desde o início é de 13.971 casos por 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade específica por Covid - 19 é, até este outubro de 2022, de 93,27 óbitos por 100.000 habitantes. Ao compararmos tais taxas com o município de Manaus e o estado do Amazonas no mesmo período, temos em relação aos novos casos confirmados taxas de 14.880 casos por 100.000 habitantes no Amazonas e 14.172 casos por 100.000 habitantes em Manaus. Já em relação à taxa de mortalidade específica pode ser verificada uma de 346 óbitos por 100.000 habitantes no estado do Amazonas e de 451 óbitos por 100.000 no município de Manaus.

Não se trata aqui de se estabelecer comparações nem conjecturas acerca das diferenças observadas, nem em relação a quais poderiam ser os fatores que puderam responder por alguma proteção ou algum agravamento da situação. No entanto, cabe, ao se considerar o que pode ser captado junto a trabalhadores da saúde, gestores e usuários as percepções sobre o processo epidêmico, assim com as consequências nas suas vidas, os arranjos produzidos localmente, seja pelas instituições governamentais, seja nos recursos da sociedade, nas atividades comunitárias, nos vínculos familiares e de amizade e proximidade.

Analizamos também as percepções destes grupos sobre a veiculação de informações, suas qualidades e produção de confiança, bem como as atitudes tomadas individualmente, e coletivamente para estabelecer as estratégias de cuidado de si e do que é comum a todos.

Assim, seguem-se dois conjuntos de informações, um primeiro acerca do processo de trabalho e suas implicações nas vidas dos seus agentes enquanto sujeitos comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva, o reconhecimento da importância do uso das tecnologias leves, relacionais no controle não farmacológico essencial para a obtenção do resultado populacional que foi alcançado.

Por outro lado, apresentamos os resultados da entrevista realizada com os usuários, de acordo com a metodologia do projeto aplicada na pesquisa. Analizamos as percepções de usuários sobre as suas estratégias pessoais e familiares, sobre os medos e receios e as dificuldades de se viver a vida em restrições tão graves, sobre o acesso das informações sobre a Covid-19. A vida social lá no longe muito longe, foi profundamente afetada, mas em meio às pressões e restrições de possibilidades usuários e trabalhadores e gestores seguiram *“na corredeira. Levando a canoa”*, manejando a vida no possível concreto que se lhes apresentava.

Possibilitar um espaço para a voz dos trabalhadores, a escuta e seu auto escutar, experimentar o aconchego dos que disputaram a vida de todos de forma tão grave, silenciosa e muitas vezes solitária, foi exercício para além de práticas de Educação Permanente. Foi um bálsamo e unguento, necessários para o acolhimento de quem acolheu e cuidou. Ouvimos de trabalhadores, gestores e usuários que o processo vivido e experimentado, de terror e acolhimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi essencial e indispensável para se reduzir os danos de um acontecimento histórico de proporções dramáticas. Houve, e foi importante que houvesse, o reconhecimento, em meio às ameaças e crises, a oportunidade de se produzir conhecimento, aprendizagem e reconhecimento que a vida coletiva é um bem precioso a ser valorizada.

“SUBIR NAS CASAS”: O TRABALHO E O CUIDADO NA PANDEMIA

“a gente não podia subir nas casas não podia abraçar não podia tomar o café que as pessoas oferecem é muito acolhedor oferecem tudo o que tem na casa” (PS1)1.

“Subir às casas” fala do modo de vida das pessoas do lugar, pois no município as casas que ficam na margem direita do rio Acre e do rio Purus precisam de um segundo piso devido às enchentes sazonais dos rios: *“subir a escada en-*

trar na casa porque as casas aqui na boca do Acre não são de alvenaria, a maioria são de madeira e alta por causa da alagação, então todas elas têm uma escada bem alta que a gente tem que subir a escada pra poder adentrar na casa” (PS1). Nos relatos dos profissionais, a enchente sempre aparece como um desafio para o trabalho em saúde porque precisam de um equipamento que não faz parte do EPI que é a bota de borracha, a canoa, os remos, a capa de chuva. Portanto, subir às casas gera um movimento de entrar na casa, “*tomar um café*”, ser acolhido pela família que recebe.

A pandemia tirou o mais importante que foram as tecnologias leves, ou seja, o fato de entrar na casa e se relacionar com as pessoas numa mesa ou sentados para conversar sobre a saúde. As pessoas “*oferecem tudo o que tem na casa*” significa que o profissional é bem-vindo e que a casa está aberta para a conversa. Por isso, as relações em situações “*normais*” são de amistosidade e de diálogo, de comensalidade, que se traduzem no uso das tecnologias relacionais do cuidado em saúde, que Merhy (2002) denomina de tecnologias leves.

Os profissionais relatam que não subiam às casas porque as pessoas tinham medo do contágio, pois chegavam vestidos com o EPI, trazendo uma má notícia, podendo, inclusive, serem os portadores da doença. “*A população hoje tem medo da saúde, tem medo da gente, não querem chegar perto porque acham que a gente está contaminado, (...) tem um receio muito grande*” (PS1). Os equipamentos são elementos que, ao mesmo tempo que protegem também afastam as pessoas, colocando uma barreira nas relações. Ninguém vai tomar um café ou entrar na casa com esta indumentária de proteção, que traz consigo um aviso: não se aproxime, há perigo!

A Agente Comunitária de Saúde (ACS) diz que as pessoas tinham medo de receber na casa para não serem contaminados. O EPI no território da Atenção Básica se transformou no contrário do que diz a palavra “*proteção*” para significar o perigo. Como se um astronauta estivesse pousado na terra e andasse pelas ruas, produzindo uma imagem que não combina com a paisagem, mas que na pandemia passou a ser parte do cotidiano. Estas imagens somente eram vistas em hospitais e centros cirúrgicos, mas invadiram as ruas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os cemitérios, as casas das pessoas. As cenas como de filme de “*fim de mundo*” geraram pânico e terror, mostrando que a situação era extremamente grave e poderia levar à morte.

Muitos profissionais de saúde registram que as pessoas e famílias tinham medo da sua presença, não podendo “*subir*” nas casas, necessitando que as informações fossem passadas à distância. “*(...) só falava alto não muito perto da pessoa*” (PS1). Por fim, “*houve essa quebra de contato com a família, isso foi muito doloroso pra todos*” (PS1). A “*quebra do contato*” é algo dolorido para

quem está acostumado com a produção de afetos produzidos no encontro.

Além do medo produzido nos usuários, os trabalhadores também temeram pelo contágio, especialmente no retorno para suas casas. Os trabalhadores tão próximos dos acontecimentos, com informações contraditórias, com notícias trágicas e vivendo em meio ao caos, sabiam dos estragos de um vírus invisível.

Outra questão que foi recorrente no discurso dos trabalhadores se referiu ao medo de contagiar os seus familiares: *“Eu jogava álcool jogava kiboa (água sanitária) com água nas minhas roupas pra não contaminar a minha família, acabei com a minha bicicleta ficou toda enferrujada e não serviu de nada”*. A falta de EPI e a falta de informações sobre o vírus gerou insegurança sobre os procedimentos e as relações sociais e familiares.

A pandemia gerou vários inéditos viáveis, uma categoria utilizada por Paulo Freire (1998) para se referir ao processo de aprendizagem. Tudo foi inédito quando se refere ao cuidado em saúde, à vigilância em saúde, à atenção básica, aos cuidados intermediários, à educação em saúde, à gestão e ao controle social. Não foi o mesmo, mas foi necessário produzir novas tecnologias e promover modos diferentes de cuidar e de se comunicar.

A INVENÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MEIO À “CORREDEIRA”

Nas entrevistas com os profissionais de saúde ficou muito evidente que nos momentos iniciais da pandemia faltou a formação, treinamentos e qualificação para o enfrentamento da pandemia. O argumento é naquele momento que não havia informação segura para ser repassada aos profissionais. O principal treinamento foi sobre o uso de EPI pelos profissionais, pois já faz parte da rotina dos hospitais e poderia ser repassado para o uso em todos os espaços da saúde.

No relato dos trabalhadores e gestores há a consciência da necessidade de uma oferta de formação para o enfrentamento da pandemia, o que poderia ter evitado falhas nos procedimentos. No entanto, reconhecem que a falta de informação fazia parte de uma situação nova e inesperada.

É, foi algo novo, então, na verdade nem todos estavam preparados, então a gente teve, com o passar do tempo, foi se adaptando (G2).

Como trabalhador, poderia ter treinado a equipe pra que elas pudessem atender melhor a população que vinha doente, por conta que teve muitas falhas, eu não sei se era estresse do momento, muitas pessoas pra atender

60 pessoas pra atender, então isso, uma atualização rapidinha, eu acho que teria caído melhor” (ACS1).

Segundo um dos gestores, havia uma preocupação em informar as equipes sobre as notas técnicas do Ministério da Saúde e da Fundação de Vigilância de Saúde (FVS) do Estado. A urgência do momento, exigia agilidade e rapidez nas informações, além de acompanhar as mudanças nos processos e protocolos de gestão da Covid-19.

Então, assim, todas as informações que a gente recebia, que nós tínhamos lá do Ministério ou do Estado em questão de notas técnicas, qualquer informativo a gente tentava repassar, mas sim, mas tem que ser rápido, porque o nível de informação chegando é muito grande e então ali tinha acabado de repassar naquele dia uma informação. Quando pensava já chegava outra nota daquilo que já não podia mais, então era aquela troca, aquela atualização todo momento. E a gente ter o trabalho de ler e repassar o mais sucinto possível para outra pessoa entender, dá sequência do trabalho (G2).

Segundo o Relatório de Pesquisa “*Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da covid-19 no SUS*” (Bousquat *et al.*, 2020), a Atenção Básica precisou se reinventar, desenvolvendo novas formas de comunicação com os usuários, as visitas domiciliares pelos ACS, uso de EPI. Do mesmo modo que realizar a Educação Permanente com os profissionais e trabalhadores da saúde.

Os resultados da pesquisa nacional, mencionada acima, mostraram que “*soamente 34% dos profissionais informaram ter recebido capacitação sobre Covid-19 e sobre uso de EPI organizada pela gestão*”. O Relatório recomenda a necessidade de em “*desenvolver estratégias ágeis e amplas de comunicação à distância para atualizar conhecimentos e capacitar para a vigilância à saúde*” (Bousquat *et al.*, 2020, p. 68).

A Política de Educação Permanente já era um desafio de ser colocada como prioridade por gestores municipais, estaduais e do Ministério da saúde nos últimos anos. Então, não seria nesse momento, apesar da gravidade da situação, que a EPS seria colocada como uma prioridade. Nos parece que a atenção ficou na urgência da situação e na compra de EPI e equipamentos, além dos testes, quando esses foram sendo ofertados no mercado. Isso não significa que não houve ações de EPS nos municípios, pois as estratégias e as múltiplas reuniões de comitês, organização de protocolos e planos de contingência foram colocados a partir de processos de discussão e de educação.

GESTÃO DO CUIDADO E DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BANZEIRO

A gestão da atenção à saúde na Atenção Básica foi orientada pela definição de Unidades de referência para o atendimento dos casos de Covid-19. Essa orientação acabou determinando a gestão do cuidado em muitos municípios, mas, segundo os profissionais de saúde, não foi a melhor estratégia porque concentrou as pessoas, os profissionais e o atendimento num mesmo lugar: “(...) por ser a unidade de referência por ser só nos que trabalhava com atendimento a Covid era duas equipes uma no turno da manhã e outra da tarde” (PS2). *Aquilo que era para ser a racionalidade do sistema acabou gerando o contrário das orientações de não aglomerar.*

“Porque aqui no posto foi centralizado nessa unidade quando você chegava seis horas da manhã tinha pra mais de trinta pessoa, imagina você debilitado, você com febre, com falta de ar, vim pra esse posto e ficar de madrugada pra pegar uma ficha” (PS1). Na opinião do trabalhador, o mais lógico seria descentralizar *“e colocar em cada unidade um ponto específico pra essas pessoas terem um atendimento ou fazerem um teste”* (PS1). Podemos dizer que a centralização foi na contramão da política de descentralização e de territorialização da Atenção Básica. *“Não dá certo porque fica aglomerava e a pessoa não sabe se tá com a doença e vir pra cá onde tem um fluxo grande, onde não podia aglomerar, ele ficava com receio e não vinha. Então houve perda muito grande de dados”* (PS1). Enfim, centralização da atenção aos usuários, além da insegurança, afetou as informações sobre a Covid-19 no município.

Eu acho que poderia ter sido melhor ter aberto novas unidades de referência pra atender porque tem a dificuldade de atender e muitos moram lá na cidade Alta e não tem condições. São pessoas carentes na praia do gado que é um bairro bem longe e isso era a dificuldade. Acho que teria aberto mais unidades de referência pra dar um suporte pra gente porque a gente ficou muito sobrecarregado, era tudo muito movimentado, a gente não tinha tempo pra nada era uma coisa que a gente sabe que era pra salvar as pessoas (PS2).

A gestão da saúde foi sendo modificada com a evolução da pandemia, podendo dizer que na “segunda onda” teve um aprendizado acumulado da “primeira”. *“Esse vírus que era novo a gente teve que montar um centro específico para os pacientes com Covid, nessa segunda onda a gente teve que montar um centro de testagem extra aqui somente para situações de covid. Então, a gente teve que fazer adaptação pra atuar diante da Covid-19”* (PS3).

As equipes de saúde mudaram a sua rotina de trabalho nas visitas domiciliares, diminuindo o número de visitas e um menor quantitativo de pessoas da equipe. *“Não teria como fazer igual como antes era”* (PS3). Algumas atividades

programáticas continuaram nas UBS por conta na necessidade dos usuários:

Continuou sendo feito principalmente aqueles casos que não podiam deixar de fazer, até porque a saúde é algo muito delicado, até porque as pessoas não vão deixar de adoecer de outras coisas por conta do Covid. Uma grávida que tá no oitavo mês não vai parar aquela evolução por conta do Covid. Então, a gente teve que se adaptar e atender algumas grávidas. Foi reduzido um número. Aquelas que estavam bem, que não tinham nenhuma comorbidade, a gente tentou ir controlando mais por conta do risco. Era um risco grande pra grávida, então a gente não podia por a grávida naquele risco. Se fosse necessário, as meninas (a equipe) iam até às residências pra ir tentando amenizar algum imprevisto que surgisse (PS3).

Em relação à vacina, a gestão da saúde descentralizou para as UBS, mas também fez busca ativa nas residências para identificar as pessoas que não tinham realizado a vacina por grupo populacional. *“O Responsável Técnico de cada equipe foi em todas as residências pra saber quem tinha tomado a vacina, e quem não tomou, pra gente tentar alcançar um nível mais alto de vacinação, e tentar conversar com o morador e convencer aquele que se recusou a tomar a vacina”* (PS3). Inicialmente, houve resistência à vacinação, mas com o agravamento da situação na segunda onda, as pessoas foram mais flexíveis para a vacinação.

Uma gestora de Unidade de Saúde informou que durante a pandemia a sua UBS ficou como referência para realizar o Raio X das pessoas com diagnóstico de Covid-19. Esta foi uma estratégia para descentralizar os serviços da UBS de referência para a Covid-19 e do hospital que tinha uma grande demanda de internação.

A saúde mental foi outro aspecto importante no cuidado dos usuários. *“Os usuários tinham suporte psicológico, a gente tinha um psicólogo que fazia por telefone, por vídeo chamada ou por acompanhamentos todos os pacientes diagnosticados. Tínhamos dois psicólogos que ligavam e davam todo o suporte psicológico”* (G1). Por outro lado, não houve o mesmo tipo de suporte psicológico para os trabalhadores e aos gestores. Na oficina realizada com os trabalhadores e gestores ficou muito evidente a necessidade de falar sobre o que aconteceu, pois a experiência gerou sofrimento quando havia responsabilidade enquanto trabalhador da saúde e, mesmo tempo, gerou medo de contaminar familiares. Além da insegurança em relação aos procedimentos e orientações quanto à gestão do cuidado. Por fim, a sobrecarga de trabalho foi geradora de estresse porque não precisaram fazer além do que já realizaram e ainda substituir os colegas que adoeciam, além de sofrer a pressão dos usuários por atendimento e por uma orienta-

ção segura (Dantas, 2021; Seidel *et al.*, 2020).

O desafio foi o medo do novo, a responsabilidade como eu tenho a minha família que mora longe, não mora no município. Eu tinha também a minha irmã que estava na linha de frente e eu tinha que estar com o emocional muito equilibrado porque eu via na minha equipe a necessidade de estar equilibrada pra passar esse equilíbrio pra eles. Então o equilíbrio emocional, a busca de conhecimento profissional pra que eu pudesse dar essas informações com segurança pra que a equipe tivesse em quem apoiar. Eu precisava de um norte, estava todo mundo sem informação, tudo muito novo. Naquele momento eu não podia me permitir a ter nenhum equilíbrio emocional porque eu era espelho de todos os meus funcionários e de todos aqueles que nos procuravam. Isso foi muito difícil, mas com Deus e o apoio de todos foi muito forte essa corrente.

Os trabalhadores expressaram que tiveram que se “reinventar”. *“Todo mundo teve que usar a máscara, algo que antes a gente não fazia uso. Então, foi mudança de toda rotina, todo o fluxo de atendimento foi voltado para o Covid. Então, teve uma mudança radical”* (PS5). Nesse caso, houve uma mudança no habitus, como entendido por Bourdieu, abordado no capítulo introdutório do primeiro livro (Schweickardt *et al.*, 2022). Não foi suficiente realizar o aprendizado e o experimentado anteriormente à pandemia, sendo necessário um refazer a partir do cenário de crise que exigiu mudanças no processo de trabalho.

Observamos também que houve uma resiliência dos trabalhadores na adaptação e no aprendizado com a nova situação, ou seja, uma situação de crise que exigiu uma mudança de comportamento e de mentalidade diante do caos. *“Assim, observamos a construção de estratégias individuais e coletivas para responder ao momento, utilizando a nossa capacidade de resiliência com o suporte do capital social”* (Schweickardt *et al.*, 2022, p.13).

A gestão construiu estratégias de enfrentamento da pandemia (Mendonça *et al.*, 2022). A população reagiu a tais estratégias, que segundo um dos gestores, esta sofreu um impacto especialmente na questão do deslocamento das pessoas pela estrada que liga Boca do Acre com Rio Branco e pelo rio Purus que é o acesso fluvial ao município de Pauini.

Assim, o que causou aquele impacto na população em si, mais impacto à população em si quando a gente chegou a um ponto de bloquear o acesso, o “ir e vir” das pessoas, não em casos excepcionais. A questão de Pauini e também as embarcações chegavam. Então a gente fez uma fiscalização muito forte na época, a gente chegou a andar com a polícia militar, a promotora, vigilância sanitária e a fiscalização muito grande tanto nos bares, restaurantes, lojas. As embarcações que vinham de Pauini

a gente mandava ancorar do outro lado e fazia uma palestra ali com uma população e com as pessoas que vinham. Então, assim, uma das coisas que impactou muito foi essa questão do fechamento da estrada em si. A gente viu que as pessoas queriam ir e outras que queriam vir, outras pessoas que estavam em Manaus queriam retornar para a sua cidade que era aqui em Boca do Acre, então impactou muito (G2).

As barreiras sanitárias envolveram os setores da segurança porque havia uma resistência da população em relação à restrição de deslocamento entre os municípios. A barreira no Porto da cidade conseguiu controlar os movimentos próximos da cidade, mas não impediu que as pessoas se deslocassem nos caminhos líquidos formados por rios, igarapés, furos e lagos. Algumas comunidades fizeram o alerta de não subir à comunidade para manter o isolamento e impediu a circulação do vírus (Schweickardt, 2020).

TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS

As transformações sociais sentidas pelas pessoas estão relacionadas às práticas cotidianas, como a participação em festas ou a frequência nas igrejas. *“(...) parou tudo as pessoas viram que parou festa e igrejas fechadas que nunca se houve isso”* (PS1). A mudança social nas atividades cotidianas se deu quando a população percebeu a gravidade da situação: *“as pessoas começaram ver que a coisa era séria, mas, mesmo assim as pessoas não usavam máscara, as pessoas não acreditavam”*. Na medida em que a pandemia avançava e as notícias apontavam a gravidade da doença, os profissionais relatam que isso gerou um pânico, impactando também na vida dos profissionais: *“houve um impacto que muitas pessoas ligavam pra gente, até eu que estava com o meu psicológico totalmente abalado e não houve nenhum tipo de apoio assim psicológico para com nossa saúde”*. Assim, o profissional de saúde passou a ser a âncora para segurar o barco na “corredeira”, mesmo sem ter as condições para isso, mas era o quem poderia trazer informações confiáveis para que, na medida do possível, tranquilizar e, ao mesmo tempo, alertar sobre as orientações sanitárias para prevenção ao avanço do vírus.

A enchente altera o território e o cotidiano das pessoas, necessitando que se adaptem ao subir das águas que ocupa as ruas, as casas e a vida das pessoas. A enchente é um evento cíclico, sendo que em alguns anos a enchente é “maior” ou “menor” a depender das condições climáticas da região Amazônica (Schweickardt et al, 2016; Kadri & Schweickardt, 2016). O fato é que os eventos de grandes cheias são cada vez mais frequentes, segundo a percepção dos moradores e gestores da saúde. Além disso, o período da enchente dificulta o acesso à saúde, especialmente no período da pandemia. Segundo a profissional de saúde, quem mais sofre são as pessoas empobrecidas.

Era tudo muito dificultoso porque além de tá doente em casa, como é que vinha até a Unidade procurar o atendimento por conta da água era difícil pra eles porque a maioria são pessoas carentes. Na época da enchente é tudo muito difícil, tem que ter canoa, tem que ter algo pra eles saírem de casa e eles não vinham por conta da dificuldade, mas alguns viam e faziam de tudo pra procurar o atendimento (PS2).

Nesse período, a gestão disponibiliza a UBS Fluvial para o atendimento das pessoas que tem as suas casas alagadas ou tem dificuldades para acessar os serviços de saúde. A UBS Fluvial tem as embarcações menores para o apoio da equipe, podendo se deslocar para áreas de difícil acesso. A cheia dificulta o trabalho da equipe na cidade, mas, paradoxalmente, facilita o trabalho da equipe no deslocamento para as áreas ribeirinhas porque é possível chegar até as casas das pessoas, algo que na seca não é possível porque é necessário que a equipe faça o percurso a pé com os equipamentos e insumos (Medeiros & Schweickardt, 2021).

Outro aspecto relacionado à enchente foi o deslocamento das pessoas das casas para uma escola ou ginásio. Nesse sentido, o cuidado das pessoas na pandemia se tornou mais complexo porque as pessoas precisaram ser removidas das suas casas durante um regime de normas e protocolos de emergência sanitária. Portanto, foi necessário *“colocar cada família em um lugar diferente. Então dificultou muito o nosso trabalho por conta disso, são duas situações básicas da dificuldade: da enchente e da pandemia”* (PS3).

A enchente também dificulta o acesso à água, assim *“a gente fornece hipoclorito porque a água tá suja e contaminada. A secretaria de Assistência Social oferece um rancho pra eles, porque não tem como sair no comércio pra comprar; eles ficam presos e isolados, os que não saíram da residência, eles fornecem”* (PS3). Algumas pessoas não saem das casas durante a enchente com medo de perder as coisas ou devido ao roubo de seus pertences. Uma enchente envolve uma logística para as famílias que significa desde a retirada dos móveis até a construção de marombas² para a subida dos móveis.

Deveria sair e isso dificulta o nosso trabalho porque eles não querem sair, acham que a água não vai chegar lá e eles ficam na casa, aí ficam e ficam até que chega um momento que (a água) chega. Aí pra eles saírem dificulta o nosso trabalho, na remoção de geladeira e de coisas maiores numa canoa. Tem coisas que eles conseguem suspender e deixam na própria casa, mas tem coisas que eles acabam retirando.

Segundo os profissionais de saúde, quem mais sofreu com a pandemia foram os empobrecidos, pois durante a pandemia houve o aumento dos pro-

duto alimentícios, a cesta básica. Os pobres *“não têm dinheiro pra manter uma cesta básica hoje em dia, tá praticamente impossível porque de lá pra cá as coisas só pioraram e aumentaram”* (PS3). Além disso, os trabalhadores informais e ambulantes ficaram sem poder exercer o seu trabalho devido às restrições de circulação. A informalidade do trabalho foi, e ainda é, a maior dificuldade para o enfrentamento de situações de crise sanitária como foi a pandemia. No Brasil, as 37,3 milhões de pessoas que vivem na informalidade do trabalho foram afetadas na pandemia, gerando desafios importantes para as políticas públicas (Costa, 2020).

Outra questão que mudou na vida das pessoas foi a questão da educação, tanto as escolas precisaram se adaptar à nova realidade, assim como todo processo formativo dos profissionais. *“Antigamente, por exemplo, tinha que estar ali na sala de aula o professor e todos ali, para aprender, agora, volta e meia, a gente tem algum treinamento, algum curso aqui com meu celular, aqui com o fone de ouvido”* (G2).

As transformações sociais produzidas pela pandemia têm as marcas locais e do território, especialmente quando as águas se embaralharam com as recomendações da pandemia. Outras têm o caráter mais geral como a situação do trabalho e da educação, necessitando se adaptar à nova condição social e nas relações em sociedade. As orientações sanitárias, em alguns momentos, tiveram um caráter de polícia sanitária como o toque de recolher e as barreiras porque exigiam um controle sobre o espaço para conter a *“peste”* (uma analogia à Microfísica do Poder de Foucault).

O espaço-tempo ganhou uma nova dimensão na pandemia. A eventualidade, do aqui e agora, marcou as experiências nos territórios em que houve uma vivência de um outro tempo no território vivido. Segundo Massey (2009), a história dos lugares se mistura com a história das pessoas e das coisas naturais. Ou seja, os lugares são formados pelos humanos e não humanos, que, no nosso caso, é o movimento do território líquido que se desloca e mexe com a história das pessoas. Segundo a geógrafa, o *“aqui”* é *“onde as narrativas espaciais se encontram ou formam configurações, conjunturas de trajetórias que têm suas próprias temporalidades”* (Massey, 2009, p. 201). Esses encontros entre o natural e não natural, no espaço-tempo, na eventualidade, criam as histórias. Assim, temos uma história nesse lugar que gerou tantas transformações e mudanças permeadas pelo humano (as pessoas) e o não-humano (os vírus, águas, terras).

SENTIDOS DA PANDEMIA

A visita domiciliar ganhou novos sentidos para os trabalhadores porque precisavam passar segurança e confiança para as pessoas, mesmo estando inseguros, e estarem *“morrendo de medo de subir na casa”*.

As pessoas estavam em casa e tinham como comprar o seu alimento e não tinha contato com quem estava doente. Nós (da saúde) tínhamos que ir lá na casa medir a pressão de quem estava doente. Nós tínhamos que mostrar que estávamos com ele e tínhamos que mostrar que não tínhamos medo, que nós não ia abandonar ele (PS1).

A percepção é que o trabalho foi transformado pela crise sanitária, sendo possível dizer que aumentou o grau de humanidade diante da dor dos outros: *“que se eu chegar na casa de uma pessoa idosa e parar e ouvir ela faz muito a diferença então o pouco é muito e isso que eu entendi dessa pandemia”* (PS1).

Os trabalhadores estavam esgotados com a demanda e com toda a situação que envolvia a informação, as orientações e materiais. O contato com muitas pessoas infectadas e a falta de perspectiva quanto à medicação e vacinas gerou um desamparo aos trabalhadores. Assim, *“a gente pensava que já ia morrer já era o último dia e todo dia a gente chegava aqui e via as colegas dizer assim se eu pegar eu vou morrer porque eu não vou aguentar porque eu estou cansada do trabalho e eu não vou conseguir”* (PS2). Além disso, os trabalhadores têm a noção de que estavam adoecendo, principalmente porque estavam impedidos de fazer as questões mais básicas da vida como ir ao banheiro e comer: *“Nós estávamos adoecendo psicologicamente, a gente não podia ir no banheiro e as vezes que ia no banheiro tinha que ter todo um protocolo por causa da roupa, e não podia tá comendo porque se tu fosse comer tinha que tá num canto separado e tinha um momento de tirar a máscara a viseira e tudo isso”*.

A pandemia trouxe um aprendizado aos profissionais de saúde, pois quase todos respondem que aprenderam a valorizar mais a vida. *“Eu acho que aprendeu a valorizar mais a vida dar importância porque foram tantas mortes, valorizar a liberdade de ir e vir, pois num determinado momento você se viu presa sem poder sair pra lugar nenhum”* (PS3). A percepção sobre o tempo da vida e dos processos de trabalho também sofreram modificações, gerando novos sentidos para esse cotidiano.

A pandemia trouxe novos sentidos para o morrer, pois, devido aos protocolos, as pessoas foram impedidas de velar os seus mortos. Os profissionais se perguntaram como seguir os protocolos num local em que todos se conhecem, quando todos compartilham de um mesmo lugar e história. Os trabalhadores da saúde precisaram realizar coisas que não eram atribuições da saúde como

buscar os corpos nas casas e nos estabelecimentos de saúde, carregar o caixão, abrir covas...

Na época era muito complicada sim, porque nós tínhamos uma nota técnica a seguir, que dizia que não poderia ter o velório, que esse caixão aqui ia sair fechado. Se tivesse um óbito na Unidade hospitalar, a gente pegava e levava direto do hospital para o cemitério, colocamos um local reservado, seria só a parte do Covid, uma placa que nós colocamos em tudo. E assim, nós notamos que às vezes eram pessoas conhecidas, que faleciam, em município pequeno todo mundo se conhece e a gente tinha uma pressão muito grande, por exemplo, os familiares chegar para você e dizer: poxa! eu queria fazer o velório do meu pai, você conhece ele, você viveu tanto tempo com ele, você sabe que ele é uma pessoa boa, eu queria fazer um velório pro meu pai e você dizer que não, que não pode! Então é muito complicado, e no primeiro momento, até equipe foi para fazer esse processo de pegar (o caixão) e levar para lá. Os profissionais até ficava com medo, e eu lembro, que outro colega, que a gente falou: não! Nós vamos, e eu cheguei até o momento que que acaba onde faz, que cavar, porque assim, tinha um processo, que a gente chamava uma retro (escavadeira) lá, e fazia a cova, para ser o mais rápido possível e muitas vezes esse processo demorava. E tinha, eu tinha que a máquina não estava aqui na cidade e a gente querendo agilizar, eu cheguei no momento de querer cavar e cavar lá. Muito complicado você estar ali, levando o caixão, caixão fechado... não podia ter aglomeração também, em todo era muito, assim, aquela questão da fiscalização muito em cima. E se por exemplo, no cemitério se alguém tirasse uma foto do pessoal, que tinha muita gente lá, já causava aquela coisa nas redes sociais: a Secretaria de Saúde já deixou fazer alguma coisa, entendeu? Então é muito complicada sim. Você vê o sofrimento das pessoas... às vezes, a gente vê alguém que conhece, muito conhecido, você simplesmente pegar lá no hospital levar para o cemitério, enterrar e aí: pronto, acabou ali! Então, aquela coisa é muito, muito, triste (G2).

Um dos sentidos da pandemia para os trabalhadores é o fato de estarem na “linha de frente”, como numa batalha em que seriam os primeiros a sofrerem os efeitos do vírus. Por isso, a vacina trouxe mais segurança aos trabalhadores da saúde porque sabiam do seu efeito e importância para a continuidade do trabalho e do controle da doença.

No primeiro momento, eu ia nas casas fazia coleta e eu falei: - pronto eu sou a linha de frente! A gente ia nas casas fazer coleta como quando, como se a gente fosse para a Lua, não é? Mas a gente tinha um contato e eu falei: - vamos ser os primeiros. A gente não sabia, naquele momento, como é que era o Covid, como ia reagir no meu organismo, não sabia! Eu falava: - será que eu tenho algum problema que vai cronificar e aumentar a dificuldade? Como saber? Mas, graças a Deus! Não sabia, isso num primeiro momento, depois, na segunda onda a gente já foi apren-

dendo mais e chegou, depois chegou a vacina, e, a gente viu que a vacina realmente fez um efeito, não é? Não pegava ou pegava e não era nada. A gente vê que realmente tem um efeito, tem um impacto a vacina (G1).

Outro sentido produzido pela pandemia foi a ampliação da visão de mundo, quando as coisas mais insignificantes se tornam importantes, como o abraço, o aperto de mão, a lavagem das mãos, o estar próximo ou distante, o sentar à mesa, ir ao banheiro. Desse modo, houve uma ressignificação do cotidiano.

Eu penso que o vírus, ele veio para despertar algo na gente, que era apagado e ele mostrou que nem só disso a gente vive: de sentar num barzinho, de ir na igreja todo o santo dia de estar direto com aquelas pessoas. Às vezes tem coisa que vem pra mudar pra gente valorizar o que não valorizava e o que valorizava, não valorizar tanto (PS7).

A pandemia juntou quem era separado e fez com que a gente tinha que viver aquele momento viver intensamente. Viver intensamente, não ver aqui um negócio e pular, fazer o que der na telha, é a gente aproveitar cada momento com quem tu ama e não querer perder isso jamais (PS7).

Por fim, uma profissional de saúde diz que a pandemia nos ensinou a *“ser mais humano, acho que a gente aprendeu a ser mais humano, porque a pandemia deixou muitas sequelas. Eu mesmo, que eu já me achava humano, acho que fiquei mais humano ainda”* (G6). A pandemia deixou uma marca profunda na humanidade ou no nosso fracassado projeto de humanidade, como nos diz Krenak (2019), mas, por outro lado, gerou espaços e lugares para a ampliação da humanidade.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Observamos na pesquisa que houve um uso intenso de aparelhos celulares pelos usuários, especialmente em situação de distanciamento e isolamento social, pois impedia de sair às ruas e conversar sobre os acontecimentos. Assim, o celular também se transformou em instrumento de trabalho para repassar as informações e situações da pandemia para as famílias. Mesmo assim, as visitas, mesmo à *“distância”* também aconteceram.

Eu usei muito o celular pras pessoas que me entregavam o número que eu peguei. Eu usava o celular pra informar, ia muito nas casas entregavam folheto e a gente entregava no portão e a pessoa descia e vinha buscar e só falava alto não muito perto da pessoa, mais ou menos, essa estratégia que eu utilizava (PS1).

As imagens da Televisão também colaboraram para construir uma imagem da Covid-19, afetando a tomada de decisão no cotidiano. Havia um senti-

mento tanto dos profissionais como dos usuários de que o vírus jamais chegaria no longe muito longe, como já falamos no capítulo do primeiro livro da pesquisa (Schweickardt et al., 2022). O discurso do presidente de que era apenas uma “gripezinha” também repercutiu nas decisões das pessoas, gerando descrédito nas ações dos profissionais da saúde:

A partir do momento em que televisão começou a dizer que estavam morrendo muita gente, algumas pessoas já ficaram com medo e não acreditavam que aqui chegaria, e quando viram a coisa apertando, eles foram acreditar mais e aí eles ouviam a televisão e a saúde, mas o vizinho lá dizia que não era verdade, pois um chá de boldo resolvia a situação dele. Então ficava aquela dúvida do vizinho, ele recebia o outro colega e ele não acreditava muito, até que alguém da casa chegasse a pegar e ficar muito ruim pra poder acreditar depois (PS1).

A gestão utilizou de diversas estratégias de comunicação, utilizando a rádio local, os *“carros porque como as pessoas estavam em casa, o carro ia passando e dando informação”*. As redes sociais também foram muito utilizadas, especialmente *“quando não podia ter outro contato mais próximo”* (PS3). Utilizou-se o recurso de fazer lives nas redes sociais para informar a população sobre a situação sanitária e com orientações às famílias.

Eu lembro muito bem que no começo, era quase toda semana, quase todos os dias, a gente fazia Lives com o secretário, com o coordenador da PNI, da Vigilância Epidemiológica. Então a gente fazia as Lives, os esclarecimentos, principalmente pedindo para a colaboração da população a questão do uso de máscara, a higienização das mãos, e eu chegava a fazer outros vídeos também fazendo alguma orientação principalmente, eu jogando nos grupos mesmo, nossos grupos, para chamar atenção do que seria correto a ser feito naquele momento. A gente tentou fazer com que chegasse à população: todo dia, ao meio-dia, nós lançamos nosso boletim. Então, era bem aquela coisa quando até aparecia algum dia algum óbito, alguma coisa do dia, que o pessoal visualiza e era um *“meu Deus”*... A gente tinha que lançar algo bem fidedigno. Aquilo ali não podia, às vezes tinha um óbito e a gente ia ter que lançar meio-dia, e se alguém não comunicar a gente ficava muito até bravo aqui, porque tem que ser bem fidedigno o boletim (G2).

A produção das informações através de lives também significou um aprendizado nas novas formas de se comunicar com a população, especialmente no uso de novas tecnologias. Nesse sentido, o setor saúde precisou se adaptar a uma forma diferente de comunicação, muito acostumada com as estratégias presenciais, para conversar com a população.

Mas assim, a questão tecnológica que a gente já aprendeu a lidar mais,

a questão das Lives em si, eu destaco muito a questão das Lives. Eu nunca imaginei que eu ia ficar fazendo o vídeo, soltando nas redes sociais, assim, a questão da rede social em si, também a informação agora está muito mais... parece que todo mundo ficou mais adaptado ali com isso, com aquilo que antes não tinha, então esse processo assim mudou (G2).

Nas Unidades de referência, os profissionais realizavam palestras para a orientação dos usuários. Além disso, segundo os profissionais de saúde, foram entregues um Kit contendo máscaras, álcool em gel e material informativo nas residências. Interessante dizer que as máscaras foram confeccionadas no município.

As fake news também fizeram parte da comunicação informal que chegava na vida das pessoas e afetava as suas decisões. Desse modo, gerou mais trabalho aos profissionais e gestores em relação à desconstrução dessa informação falsa para produzir outra informação.

Eu lembro que eu assisti num vídeo a questão das fake news, né? Eu lembro que eu assisti um vídeo que tinha várias pessoas na rua, e as pessoas começaram a cair, tipo morrendo mesmo! e deixa que o vídeo era de outra coisa que não tinha nada a ver com o coronavírus, mas falaram que era (G2).

Por fim, destacamos o importante papel das mídias, nesse momento atual, como formadora e educadora sobre o contexto da pandemia. Por isso, o *“acesso às informações certas no tempo certo e no formato certo é essencial. Neste sentido, torna-se fundamental identificar as iniciativas que cumpriram (e ainda cumprem) este papel de canais de comunicação direta com as comunidades e seu contexto de desenvolvimento”* (Costa; Schweickardt, Guedes, 2022, p. 260).

No estudo sobre o uso da comunicação nos municípios de abrangência da pesquisa, constatou que os Agentes Comunitários de Saúde foram atuantes ao levar as informações sobre medidas de prevenção atualizadas de porta em porta, inclusive para as comunidades ribeirinhas do Amazonas (Costa; Schweickardt, Guedes, 2022).

Figura 14. Oficina realizada em maio de 2022, no município de Boca do Acre.



Fonte: Lahpsa, projeto de pesquisa, 2022.

A PANDEMIA PELO OLHAR DA POPULAÇÃO

Os Entrevistados

Foram realizadas 31 entrevistas com usuárias e usuários do município sendo a maioria mulheres (26) e em relação à cor autodeclarada, a predominância foi de pardos ou morenos. Quanto às faixas etárias, pode ser observada uma predominância do grupo entre 20 e 59 anos (22). Em termos de ocupações, houve uma concentração entre donas de casa e aposentados e apresentamos a distribuição completa na tabela a seguir:

Tabela 1. Distribuição das entrevistas dos segundo ocupações.

Ocupação	Nº	%
Aposentado	9	29,03
Desempregado	1	3,23
Dona de casa	11	35,48
Empregado formal/assalariado	3	9,68
Estudante	1	3,23
Fisioterapeuta Municipal	1	3,23
Funcionário público estadual.	1	3,23
Professora da rede Municipal	1	3,23
Profissional liberal/Autônomo	2	6,45
Trabalhador Rural	1	3,23
Total Geral	31	100,00

Fonte: pesquisa de campo, janeiro a maio de 2022.

Quanto à escolaridade, apenas 9,7% tinham ensino superior completo e um entrevistado ou 3,2% possuíam superior incompleto, 32,3% ensino médio completo e 6,5% incompleto. Apresentava fundamental completo apenas um entrevistado (3,2%) e com o fundamental incompleto, somavam-se 32,3%. O grupo sem nenhuma escolaridade somava 16,1%. Pouco mais de 70% dos entrevistados declararam estar em situação de convívio com cônjuge, seja em casamento, união estável ou vivendo junto.

Todas as pessoas se declararam como pertencendo a alguma religião, sendo 67,7% evangélicos, 25,8% católicos e 6,5% adventistas. É interessante, como se verá adiante, o quanto a religiosidade estabelece uma relação de proximidade e de grande intensidade no universo compreensivo da espiritualidade e religiosidade dos usuários.

A vida financeira para dar conta das despesas da família se apresenta como insuficiente para 38,7% dos sujeitos e é às vezes suficiente para 35,6%, já para 25,8% sempre é suficiente para todas as despesas. As faixas de rendimentos são apresentadas a seguir.

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados segundo faixas de rendimentos.

Renda Familiar	Nº	%
Até 1 salário-mínimo - R\$1.192,40	9	29,0
Entre 1 e 2 salários-mínimos – de R\$1.192,40 a R\$2.384,80	16	51,6
Entre 2 e 3 salários-mínimos – de R\$2.384,80 a R\$3.577,20	1	3,2
Entre 3 e 4 salários-mínimos – de R\$3.577,20 a R\$4.769,60	2	6,5
Mais que 4 salários-mínimos – R\$4.769,60 ou mais	3	9,7
Total Geral	31	100,0

Fonte: pesquisa de campo, janeiro a maio de 2022.

Quanto ao complemento da renda com benefícios sociais, o principal é a aposentadoria (45,2%) seguido pela Bolsa Família (22,6%) e 13,5% recebendo auxílio emergencial sendo que destes últimos, 6,5% recebem também Bolsa Família. Não recebem nenhum benefício 19,4% dos entrevistados.

O abastecimento de água é pela rede de água encanada para 83,9% dos domicílios e 16,1% obtêm através de poços artesianos. Já quanto ao esgotamento sanitário, 51,1% destinam a fossa séptica e 6,5% à rede de coleta de esgotos. Os restantes 40,9% têm seu esgotamento endereçado ao esgoto à céu aberto.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um ponto dramático relatado por trabalhadores e gestores da saúde no município diz respeito às dificuldades adicionais percebida para o acesso da população aos serviços de saúde, por conta das características epidemiológicas e restrições sanitárias impostas pela Pandemia de Covid-19. Das pessoas entrevistadas, 29 relataram não possuir cobertura de saúde suplementar e apenas duas possuem Planos de Saúde.

Quanto à dificuldade de acesso, 25,8% relataram não ter necessitado dos serviços de saúde, 51,6% não relatou dificuldades e 22,6% afirmou ter encontrado dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

As dificuldades relatadas referem-se a vários problemas, como o fato de *“ficou tudo parado, a gente ia lá era um monte de gente ‘medonho’”* (E17). *“Chegava lá era muitas pessoas para eles atenderem também, aí tinha que passar 10 dias em casa sem poder fazer o exame que não dava, aí tinha essa dificuldade de chegar no médico”* (E8). *“As filas e ter que sair de casa às vezes às 4 horas da manhã para conseguir atendimento”* (E29), também foi relatado o problema do temor das contaminações, tal como: *“Assim porque na minha família tem idosos, a gente temia de ir, vim pra casa e pegar, minha sogra é idosa, foi muito difícil”* (E26).³ As informações sobre a Pandemia.

Uma das questões que os trabalhadores e gestores consideraram fundamental no processo de enfrentamento local da Pandemia, foi a difusão de informação adequada e ágil sobre as medidas que poderiam ser tomadas pelas famílias e sujeitos, e neste caso, todas as entrevistas relataram as medidas de isolamento social, assepsia com lavagem das mãos e uso de álcool-gel e uso de máscaras. Pequenas variações de resposta ocorreram no sentido da conjugação dos elementos de mitigação do contágio quando se vai à atividades fora do domicílio, mas de forma geral, todos demonstraram domínio das informações mais relevantes.

Em relação às fontes de informação houve 66 citações e estas se distribuíram da seguinte forma: a mais citada foram os meios de comunicação, tais como televisão, rádios, jornais, inclusive na internet com 40,9% das citações; em seguida tem-se os trabalhadores de saúde com 27,3%; as redes sociais, particularmente WhatsApp, Instagram e Facebook o foram 22,7%; as comunidades foram citadas 5 vezes, ou 7,6% e; o carro de som foi citado uma vez. Interessante como a expectativa de gestores e trabalhadores aparentemente seria de uma maior capacidade informativa deste último veículo de informação. Porém, quando se trata da confiabilidade da informação, foi verificado que 44% dos entrevistados consideraram os meios de comu-

nicação a fonte mais confiável e 41% os trabalhadores de saúde, mostrando a importância destes dois veículos, um de massas e outro estabelecido na relação dos trabalhadores com os usuários confirmando a importância das tecnologias leves para a construção da universalização de medidas que contribuíssem para o cuidado de si. Em seguida, relatado como meio de maior confiabilidade por apenas 9% estavam as redes sociais, mesmo assim, chama a atenção pelo fato de que estas informações rápidas e fluidas, muitas vezes sem compromisso claro com a defesa da vida individual e coletiva foi citada entre os entrevistados.

Foi buscada a percepção da qualidade das fontes quanto à informação que provê, assim, em relação aos meios de comunicação, 74% sentiram-se bem-informados, 9,7 muito bem-informados, 12,9% razoavelmente informados e apenas um entrevistado relatou ficar sem informação e este grupo de meios de comunicação foi o que apresentou a maior percepção de produzir informação que fosse expressa como boa ou muito boa. A outra fonte de informação avaliada como muito positiva, ainda que com discreta intensidade menor que a primeira se referiu aos profissionais de saúde com 22% sentindo-se muito bem-informados, 51,6% “bem-informados” e 12,9% razoavelmente informados. Há um detalhe que em relação a serem muito bem-informados, os profissionais de saúde atingem um patamar superior aos meios de comunicação. Interessante notar que nas respostas em relação tanto às comunidades, quanto às redes sociais, não aparece respostas como muito bem-informados sendo a melhor avaliação o “bem-informados” e por outro lado aparecem nestes dois grupos de fontes de informação o “mal informado”.

MEDIDAS PREVENTIVAS E AUXÍLIOS

Quanto à adoção de medidas preventivas, 100% dos entrevistados assumiram tê-las adotadas, listando-se a seguir a medida em que foram citadas.

Tabela 3. Ações preventivas adotadas pelos usuários entrevistados.

Ações de Prevenção Adotadas	Nº	%
Uso de máscara quando tenho que sair de casa	30	31,3
Uso de álcool-gel	28	29,2
Isolamento social total	23	24,0
Lavagem frequente de mãos	14	14,6
Isolamento social parcial	1	1,0
Total Geral	96	100,0

Fonte: pesquisa de campo, janeiro a maio de 2022.

Observa-se que ao se perguntar acerca de qual seria a mais importante, a resposta contemplou o isolamento social total com 51,6% e o uso de máscara ao sair de casa com 45,2%. O uso de álcool gel foi citado como principal medida por apenas 1 entrevistado, o que demonstra uma grande penetração entre os usuários dos conceitos de medidas não farmacológicas, que também foram consideradas como as mais estratégicas para os esforços de mitigação da pandemia. Por outro lado, de forma paradoxal, apenas 41,9% dos ouvidos se sentiam bem confiantes em relação à estas medidas preventivas e 32% sentiam-se razoavelmente confiantes, e, apesar da importância relatada anteriormente, 16% estavam nada confiantes e quase 10% estavam pouco confiantes nas medidas. Certamente o nível de sofrimento diante dos temores e desconfiâncias nos processos de cuidado coletivo coletivos e individuais não era dissipado por informação confiável e oferta de medidas mitigadoras não farmacológicas.

Nas entrevistas pode ser captada a compreensão da Covid – 19 como uma doença muito grave ou grave em pouco mais de 93% dos entrevistados e apenas dois desses consideraram pouco grave ou que não fosse grave. A medida de “isolamento social” foi considerada muito importante ou importante por 93% dos usuários e apenas houve uma resposta de que fosse razoavelmente importante. Mesmo existindo no imaginário de alguns usuários que o problema pudesse não ser tão grave, todos em alguma medida aderiram a medidas preventivas e todos em alguma medida consideraram o isolamento social como importante.

Questionados sobre a participação das unidades e equipes de saúde em ações de prevenção da Covid – 19, 64,5% dos entrevistados relataram que as unidades teriam promovido atividades de prevenção, 32,3 referiam que não haviam sido produzidas e um dos usuários referiu não saber se houve ou não houve. Quanto aos profissionais destas equipes que foram referidos como participantes, foram citados principalmente o ACS (58,1%), enfermeiros (12,9%), os técnicos de enfermagem, (9,7%), os e os médicos (3,2%). Importante frisar que em consonância e mostrando consistência, 35,5%, tal qual na questão em referência a que não houvesse atividade de prevenção das equipes ou não sabiam disto, confirmaram que esta questão não se aplicava.

Em relação à auxílios recebidos apenas 58% dos entrevistados foi beneficiário, sendo o principal auxílio o Emergencial do governo federal. Dois usuários citaram auxílio do governo estadual, sendo um em concomitância com o Auxílio Emergencial do governo federal referido.

ADOECIMENTO E COMORBIDADES

Perguntados acerca da presença de comorbidades entre as pessoas da família foram citadas principalmente a hipertensão arterial, associada ou não a diabetes, outros problemas cardíacos, outros problemas psicológicos e asma, também foram citadas individualmente o câncer, a depressão e a síndrome de Down. 35,5% dos entrevistados relataram não haver comorbidades em suas famílias.

No momento das entrevistas, 51,6% dos usuários haviam já recebido duas doses de vacina e reforço, 45,2% apenas as duas doses e um entrevistado não havia recebido as doses, sendo a justificativa o receio das reações da vacina.

Quanto ao acometimento por Covid – 19, em 61,3% das famílias houve alguém com esta ocorrência e, nestes casos, a única referência à cuidados recebidos após o diagnóstico foi orientação dos profissionais de saúde sobre cuidado e isolamento e as pessoas ficaram em casa (84%).

A maioria dos entrevistados (54,8%) referiu não experimentar consequências da doença e entre os que relatam terem ou estarem sofrendo consequências estas são isoladamente ou de forma associada entre si a perda de olfato e paladar e deficiência física ou motora com 19,2% cada, dificuldade de concentração em 9,6% e perda de audição, cefaleia e perda de memória com 6,5% cada. A ocorrência de óbito foi registrada nas famílias de apenas dois entrevistados (6,5%). Apenas uma entrevista relatou a necessidade de apoio psicológico.

A PANDEMIA E A VIDA SOCIAL

A ocorrência da Pandemia produziu por toda a parte, em territórios muito distintos, mudanças importantes nas formas de viver, de produzir, de se relacionar com os outros e com as comunidades, inclusive nas formas de relação espiritual com as experiências místicas comuns e com o sagrado. A princípio, cerca de 25% dos entrevistados responderam não haver ocorrência de mudanças na sua vida pessoal, mas ao serem perguntados sobre quais foram as mudanças percebidas, houve resposta negativa apenas em metade dos que haviam informado negativamente. As mudanças percebidas em suas vidas sociais apresentamos a seguir.

Tabela 4. Elementos da vida Social que sofreram mudança no decorrer da Pandemia.

Mudanças na vida social	Nº	%
Religião	20	50,0
Família	7	17,5
Relações sociais	4	10,0
trabalho	4	10,0
Não houve	4	10,0
Estudo	1	2,5
Total de citações	40	100,0

Fonte: pesquisa de campo, janeiro a maio de 2022.

Ao serem detalhadas as mudanças, apesar de 17,5% disserem ter ocorrido mudanças em relação à família, apenas 1 entrevistado referiu alguma, qual seja que *“meus pais/filhos/parentes mudaram para minha casa por questões financeiras”* (E10). Já em relação ao trabalho, relata-se na tabela a seguir.

Tabela 5. Dificuldades percebidas em relação ao trabalho no decorrer da Pandemia.

Dificuldades em relação ao Trabalho/Emprego	Nº	%
Não tive dificuldades em relação ao emprego/trabalho	24	77,4
Fechamento temporário ou falência do empreendimento	2	6,5
Redução da carga horária e salário	2	6,5
Ficou difícil de trabalhar.	1	3,2
Foi demitido	1	3,2
Não tem condições de trabalhar	1	3,2
Total Geral	31	100,0

Fonte: pesquisa de campo, janeiro a maio de 2022.

A grande maioria, relatou não ter percebido mudanças em relação ao trabalho, porém daqueles que sentiram diferenças foram citados fechamento temporário ou falência do empreendimento (6,5%), redução da carga horária e salário também com 6,5% e citados cada uma por um entrevistado que ficou difícil trabalhar, que foi demitido ou que não tem condições de trabalhar.

Em todos os domicílios dos entrevistados pelo menos uma pessoa sai diariamente para trabalhar (57,6%), duas em 24,2% e 3 em 18,2%. Dos entrevistados 64,5% saiu em viagem para outros municípios ou estados.

Em relação aos estudos de filhos e netos a maior parte não os realizou no período pandêmico (48,4%), em seguida 45,2% conseguiram realizar através de

atividades remotas em computador, rádio ou televisão e apenas 6,5% participaram de aulas em regime de rodízio entre presencial e remoto.

Diante da precariedade da vida nestes tempos difíceis, apenas 2 usuários referiram que não receberam nenhum tipo de ajuda e um usuário referiu apoio de instituições ou ONG. Os demais referem o apoio da família (48,2%), a ajuda de amigos (9,6%) e as atividades da igreja (19,8%). Não seria casual que 58% dos entrevistados tenham referido como uma grande aprendizagem do processo pandêmico valorizar a família e 9,7% voltar-se mais para a religião, além de 29% que referiu aprender a cuidar mais da saúde.

Em relação ao apoio comunitário durante o período pandêmico, *“houve sim, lideranças principalmente da igreja vieram aqui, o pessoal da saúde também ligavam”* (E28) e também *“na época que era para minha mãe tomar a segunda dose eu comuniquei meu agente de saúde e não tinha como ele vim, aí tenho uma amiga que é técnica de enfermagem aí ela disse fica tranquila que vou conversar com minha chefe e a gente vai aí e inclusive ela veio, aí eu reuni minha vizinha e outro vizinho que era da mesma data e tomaram a segunda dose tudo aqui em casa”* (E7). Estas falas mostram a importância dessas redes, seja com as igrejas, mas também como os trabalhadores da saúde, no sentido de providenciar este acolhimento, tanto no aspecto da vacinação como também do suporte mínimo a vida e segurança alimentar. A entrega de “ranchos”, cestas e sacolões também foram registradas como auxílios, sendo eles de iniciativa do governo municipal, do pessoal da saúde ou das igrejas.

NAS MUDANÇAS DE HÁBITOS

Rapaz, eu fiquei assim mais cuidadoso, a minha rotina, principalmente com relação aos cuidados, higienização, a gente aprendeu a valorizar mais as pessoas, mudou assim na minha mente, não só eu mas a gente aprendeu, quem quiser aprender aprendeu (E28).

Os usuários afirmam que passaram a considerar de forma tranquila a necessidade de se higienizar com mais cuidado, de usar máscaras, de restringir qualitativamente a exposição aos contatos fora de casa. Mas também é significativo uma mudança de posicionamento acerca dos lugares de se estar no tempo disponível, por exemplo

Mudou muita coisa na minha rotina de vida principalmente assim em torno de sair de casa de ficar mais em casa, mudou bastante porque eu saía muito e até agora eu não tenho mais esse hábito de sair, sempre fico com medo de sair no meio das pessoas, tenho medo de pegar essa doença (E9).

Outro fator que foi importante para as mudanças nas vidas são as vulnerabili-

zações em consequência da própria doença, limitando a capacidade de sair, se relacionar com amigos e familiares, bem como exercer atividades de trabalho como antes.

As mudanças na forma de andar a vida de produzir relações e redes de vínculo foram afetadas na pandemia. Por outro lado, também foi perguntado aos entrevistados se a *“pandemia lhe deu oportunidade para realizar coisas novas que você considere positivas”*. Uma quantidade importante, quase 50% referiram que não houve nada de novo, tudo seguiu como era antes, como sempre foi, mas para os demais, pequenas coisas, como aprender um novo ofício como costurar, fazer máscaras, cuidar de plantas, fazer churrasquinho com a diminuição da jornada de trabalho, e

Como respondi na outra pergunta, como sou músico da igreja eu peguei esse tempo e aprendi muita coisa, parei para estudar, para mim serviu de aprendizado, não foi só tristeza peguei muitas coisas boas que eu não tinha tempo antes, e pode realizar muitas coisas que não podia fazer, estar com minha família com meu filho brincando, teve esse lado bom com certeza (E28).

PALAVRAS FINAIS

A pesquisa no município de Boca do Acre, que chamamos de *“longe muito longe”*, iniciou com a descrição das estratégias e as informações sobre a pandemia naquele lugar. Em seguida, ouviu-se os usuários sobre a pandemia, destacando as informações recebidas e as transformações sociais no seu cotidiano. Por fim, ouvimos os trabalhadores da saúde que gerou um outro conjunto de informações relevantes para entender os efeitos da pandemia num município do interior do Amazonas.

As respostas trouxeram algumas questões para a reflexão, uma delas é sobre o grande esforço da gestão e dos trabalhadores para enfrentar a pandemia, pois não foi algo totalmente novo e as informações eram escassas e contraditórias. Em segundo lugar, ficou marcante a pressão psicológica sobre os trabalhadores que tiveram uma sobrecarga de trabalho, mas também lidaram com o medo do contágio de si e dos outros. Além disso, a população também precisou de apoio psicológico para superar a insegurança e o medo do vírus, especialmente produzidas pelas fake news. Em terceiro lugar, vimos que a população vulnerabilizada foi a que mais sofreu com as normas e protocolos sanitários, especialmente os trabalhadores informais e os empobrecidos que ficaram sem ter acesso aos alimentos. Por fim, as mudanças do território líquido associados à pandemia, também trouxeram desafios para o trabalho em saúde e para a população que na enchente precisou desocupar as suas casas, dificultando também o trabalho de enfrentamento da Covid-19.

Por fim, um certo encadeamento entre questões, ficou destacado tanto por usuários como dos trabalhadores, a importância em meio à gravidade do problema vivido, a valorização da família, a proximidade com os vizinhos e o cuidado de si e coletivo. A pandemia trouxe um aprendizado para a vida individual e para a vida comum. Cabe a alusão firme de que este fenômeno tão grave também demonstrou que não existe vida isolada das outras vidas e que não existe vida que vale mais que outra vida e sim que toda a vida vale a pena: *“essa doença veio para ensinar as pessoas, principalmente aquelas mais arrogante, porque ela não escolhia pobre e nem rico, o dono de banco morreu por falta de uma coisa que é grátis, o ar”* (E14).

REFERÊNCIAS

Bousquat, A.; Giovanella, L.; Medina, M.G.; Mendonça, M.H.M.; Facchini, L.A.; Tasca, R.; Nedel, F.; Lima, J.G.; Mota, P.H.S.; Aquino, R. (2020). Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. **Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

Costa, S. S. (2020) Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública** [online]. v. 54, n. 4 [Acessado 12 Outubro 2022] , pp. 969-978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170> <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170x>

Costa, G. S.; Schweickardt, J.C.; Guedes, T. R. O. N. (2022). Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de Covid-19. In: Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022) **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Freire, P. (1998). **Pedagogia da Autonomia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Kadri, M. R. & Schweickardt, J.C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). 2016. **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Krenak, A. (2019). **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.

Massey, D. (2009). **Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.

Medeiros, J. S.; Schweickardt, J. C. (org.). (2021). **Caminhos da população ri-beirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 17).). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-75-5.

Mendonça, P. E. X.; Schweickardt, J.C.; Lima, M. B.; Saraiva, M. S.; Reis, A. E. S. (2022). A Covid-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas. In: Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.

Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022) **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022). Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela Covid-19 no Estado do Amazonas? In: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J.C. (2020). O coronavírus (Covid-19) não circula sozinho, são as pessoas que o fazem circular: não suba.... **Repositório de Percepções**. Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia.

Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Cecim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A. A. (org.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 16).

Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 25.

Saidel, M.G.B.; Lima, M.H.M.; Campos, C.J.G.; Loyola, C.M.D.; Esperidião, E.; Santos, J.R. (2020). Covid-19: saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev Enferm UERJ**.

CARAUARI NO ENFRETEAMENTO À PANDEMIA: a entre a eficácia do trabalho em saúde e a falácia medicamentosa

*Joana Maria Borges de Freitas
Sônia Maria Lemos
Raimundo Maia
Júlio Cesar Schweickardt*

INTRODUÇÃO

Carauari, junto a outros cinco municípios (Envira, Eirunepé, Guajará, Ipixuna e Itamarati) compõe a região de saúde Juruá, compreendendo uma extensão territorial de 25.778,658 Km² (equivalente a 1,6% da área do Estado do Amazonas) em uma população de 28.719 habitantes, de acordo com estimativa do IBGE 2021.

No capítulo “O enfrentamento da Covid-19 no município de Carauari/AM” (Freitas et al., 2022), como parte do livro “Pandemia e Transformações Sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato” (Schweickardt et al., 2022), descrevemos as ações adotadas pela gestão municipal para o enfrentamento da Covid-19. Para isso, realizamos uma pesquisa documental nos decretos, manuais, planos de contingência e o Relatório Anual da Gestão 2020. No presente capítulo, o objetivo principal é apresentar resultados da pesquisa de campo, demonstrando como as estratégias de enfrentamento executadas pela gestão de Carauari foram percebidas e que transformações sociais foram produzidas pela pandemia de Covid-19.

A metodologia adotada envolveu a realização de entrevistas com usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde, sendo executada em duas etapas. Na primeira etapa, após participar de uma oficina de coleta de dados, realizada de modo virtual, o apoiador do município de Carauari, servidor da Secretaria Municipal de Saúde, fez entrevistas com trinta usuários da área de abrangência da atenção básica, aplicando um roteiro semiestruturado. A segunda etapa consistiu na realização de uma oficina com a participação de profissionais de saúde e gestores que atuaram no enfrentamento à pandemia,

para esta, nos deslocamos até o município para a condução e para realizar entrevistas com os participantes da oficina.

Para além dos instrumentos da pesquisa, a obtenção das informações que serão apresentadas a seguir, somente foi possível pelo caráter colaborativo do projeto, que envolveu trabalhadores, gestores, alunos, usuários e pesquisadores. Neste sentido, a articulação com a gestão do município de Carauari se mostrou profícua, não somente pela adesão à proposta do estudo, mas também pelo engajamento no levantamento das informações.

ATENÇÃO BÁSICA E PANDEMIA

Quando a pandemia de Covid-19 teve início, sociedade e sistemas de saúde buscavam por informações precisas, enquanto as ciências buscavam respostas sobre o novo vírus, vacinas e medicamentos na pesquisa básica de rede de pesquisadores e instituições. Enquanto medidas mais eficazes de prevenção e tratamento ainda estavam em estudo, a tentativa de controle do contágio se deu basicamente por medidas sanitárias não-farmacológicas, como isolamento, distanciamento social, uso de máscaras e vigilância dos casos (Medina *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde tiveram que ser reorganizados em todos os níveis. Apesar dos serviços hospitalares terem ganhado maior atenção, considerando a evolução para formas graves da Covid-19, estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e foram cuidados na Atenção Básica (AB). Fica evidente o importante papel da AB em situações que demandam uma rede estruturada, demonstrando a necessidade ainda maior de seu fortalecimento (Sarti *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020).

De fato, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por seus atributos que envolvem responsabilidade sobre territórios e a orientação comunitária, se revelou o modelo de atenção ideal e necessário para a manutenção do vínculo dos profissionais e usuários, considerando o contexto de isolamento social. Mesmo reconhecida como porta de entrada principal para os cuidados da Covid-19, a APS não teve o suporte necessário, o que se deu principalmente pela falta de coordenação das ações e pela má gestão do Ministério da Saúde (MS). O desafio imposto para a APS foi de reorientar as suas ações para o enfrentamento da pandemia e, ao mesmo tempo, manter a regularidade da oferta de seus serviços (Frota *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2020).

Apesar dos problemas citados, muitos municípios trabalharam arduamente no enfrentamento à pandemia de Covid-19, demonstrando sua capacidade no gerenciamento de uma crise sanitária sem precedentes. Desde o início da pandemia no Brasil, até meados do segundo semestre de 2022, o município de Carauari registrou 7.867 casos confirmados e 59 óbitos. Um número que,

segundo os profissionais de saúde, poderia ter sido menor, se não fosse pelas incertezas acerca da nova doença, mas sobretudo, pela falta de suporte conveniente das instâncias superiores de saúde (Estado e Governo Federal). Obviamente, é imperativo considerar que os desfechos da pandemia foram fortemente influenciados pela condução dos gestores de todos os níveis.

Em Carauari, assim como em muitas outras cidades, além das medidas de saúde pública já mencionadas, a atenção à saúde foi reorganizada para que o município tivesse uma unidade de saúde de referência para as pessoas infectadas ou com suspeitas de Covid-19. A justificativa para essa estratégia foi a de evitar a circulação de pessoas infectadas em outras unidades que deveriam ofertar exclusivamente os serviços já prestados rotineiramente. O que na prática não foi a realidade desejada para os serviços de rotina, pois várias ações foram interrompidas para que a atenção fosse totalmente voltada à ao enfrentamento da Covid-19. Esse fato é preocupante considerando a situação atual da população brasileira, pelos índices crescentes de doenças crônicas não transmissíveis e os diversos tipos de câncer (Frota et al., 2022).

A PERCEPÇÃO DA PANDEMIA PELOS USUÁRIOS

Considerando o desejo de compreensão das concepções e percepções da população relativas à Covid-19, bem como todo o potencial da Atenção Básica, principalmente pelo conhecimento territorial da população adscrita, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, foram feitas entrevistas com usuários do sistema de saúde no município de Carauari.

Os participantes foram abordados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), respondendo a um roteiro com questões fechadas e abertas sobre o período da pandemia. A maioria dos entrevistados foram mulheres, o que já era esperado haja visto que mulheres priorizam mais cuidados com a saúde do que homens, bem como são responsáveis pelo cuidado de outros membros da família (Levorato et al., 2014).

Sobre o perfil dos entrevistados, verificamos que a maioria concluiu pelo menos o ensino médio (uma pessoa declarou não ter escolaridade), vivem em área urbanizada, tem acesso à água encanada, renda de pelo menos um salário-mínimo e é beneficiária de algum auxílio social.

Dos entrevistados, 90% afirmaram ter contraído Covid-19 (ou alguém da família), sendo que a maior parte dos usuários percebe que se trata de uma doença que não deve ser subestimada. Apenas um participante declarou ocorrência de óbito na família. Quanto ao acesso aos serviços de saúde durante a pandemia, diferente do ocorrido na capital do Amazonas, no município de Carauari os usuários informaram não ter tido dificuldades para acessar os serviços ou não ter sido necessário, com exceção de dois usuários provenientes de áreas

rurais que apontaram a distância como empecilho para o acesso. Apesar de serem somente dois, pode representar a dificuldade do sistema em produzir acesso para as populações ribeirinhas e rurais da Amazônia.

No que diz respeito às informações recebidas sobre a Covid-19, as respostas se dividiram entre bem-informado e razoavelmente informado. Um ponto que chama atenção, considerando que ao serem questionados sobre a fonte das informações, 66% dos participantes apontaram que receberam informações dos profissionais de saúde do território. O restante diz que se informaram através dos meios de comunicação de TV, rádio e internet, principalmente. Sobre em quais fontes mais confiavam, o percentual referente aos profissionais de saúde caiu para 53% e o restante afirmou confiar mais nos meios de comunicação de TV, rádio e internet. Importante ressaltar que de acordo com os profissionais de saúde, o número de óbitos poderia ter sido menor se tivesse menos incerteza acerca da Covid-19, causada principalmente pela disseminação de informações distorcidas, fake news e declarações irresponsáveis do presidente da república.

Os resultados mostram que as estratégias de prevenção utilizadas pela população foram, em sua maioria, colocadas em prática. Isolamento social total, a lavagem frequente das mãos, o uso de álcool gel e o uso de máscaras, quando necessário circular em público, foram as ações apontadas como as mais praticadas pelas famílias. O isolamento social total foi indicado como a ação mais importante. Essa percepção demonstra que as ações promovidas pela gestão do município alcançaram efeito positivo.

Dentre as ações promovidas pelas equipes de saúde, os usuários relataram que equipes de saúde realizaram atividades de prevenção nos territórios, uma delas controversa, como constatamos no levantamento das ações de enfrentamento executadas pela secretaria de saúde, que foi a administração de um medicamento antiparasitário, a ivermectina, como medida profilática para toda a população. Estudos têm sido feitos na tentativa de atestar a eficácia da ivermectina na profilaxia e até no tratamento da Covid-19, entretanto não se obteve ainda o respaldo das agências reguladoras, pois os resultados não sustentam sua recomendação (Brasil, 2021; Silva & Freitas, 2021).

No que diz respeito à percepção sobre a importância de se vacinar, 7% dos participantes tomaram somente a primeira dose, sendo que uma pessoa relatou que tomou somente a primeira dose devido aos efeitos colaterais, e o outro, morador de área rural, relatou que em uma das vezes que tentou era final de semana e não estava sendo aplicada, já em outra ocasião, não tinha a vacina que deveria tomar. Carauari iniciou a imunização da população em janeiro de 2021 e até o mês de outubro de 2022 não teve cobertura completa da populacional, apresentando um percentual de 73,84% referente à segunda dose e 38,84% referente à dose de reforço, em relação à população

geral. Segundo os profissionais de saúde, existe expressiva resistência por parte da população, o que se deve, infelizmente, ao problema das informações distorcidas que foram disseminadas e ao ataque à ciência por parte do governo federal. Ou seja, forças sociais e políticas foram produtoras desse comportamento.

Interessou também à pesquisa, saber quais possíveis sequelas acometeram aqueles que tiveram Covid-19. Entre as principais sequelas relatadas estão: dificuldade física ou motora, dificuldade de concentração e memória, perda do olfato e paladar. Devido às sequelas, houve a mobilização de Psicólogos, Fisioterapeutas e uma Assistente Social para a criação de um Centro de Reabilitação Pós- Covid-19, no município de Carauari. Conhecemos o espaço, que se trata de uma casa adaptada, na qual cinco profissionais (02 psicólogas, 02 fisioterapeutas e 01 assistente social) auxiliam na recuperação de usuários com sequelas, dispondo de poucos equipamentos e insumos, mas de imensurável boa vontade.

A pandemia afetou a rotina de cada pessoa de forma particular, e a depender das mudanças vividas, os efeitos podem demandar apoio psicológico. Quando questionados sobre o que mudou, a maioria dos usuários apontou alterações relacionadas ao trabalho (inclusive a perda da renda) e às relações sociais. Apenas um dos usuários entrevistados relatou ter necessitado de ajuda psicológica. Esse cenário chama atenção por se tratar de um indicador do quanto esse tema ainda é carregado de preconceitos e da necessidade de ofertar serviços de saúde mental na Atenção Básica. A pergunta sobre a superação das dificuldades impostas pela pandemia de Covid-19, teve como respostas: o apoio familiar e ajuda de amigos, como os mais importantes; seguido de atividades da igreja; e ainda houve aqueles que responderam não ter necessitado de ajuda; o único usuário que referiu ter sentido necessidade de ajuda psicológica, respondeu ter recebido atendimento.

Sobre o que mudou na rotina de vida, a maioria dos participantes relatou ter havido muitas mudanças: internalização de hábitos de prevenção - higienizar mais as mãos e alimentos; aproveitar e valorizar mais o tempo com familiares e amigos; prática de atividades físicas; mudanças nos hábitos alimentares tanto pelo viés financeiro, haja visto o aumento do preço dos alimentos, quanto pelo viés da saúde; e ainda houve aqueles que responderam que nada mudou, podendo significar que não compreenderam a pergunta num sentido amplo.

Os participantes também foram questionados quanto às experiências, positivas e novas oportunizadas pela pandemia. Essa foi uma questão aberta que teve muitas respostas em torno da valorização da família e das pessoas que mais importam; bem como a prática de atividades físicas e aspectos que envolvem altruísmo e espiritualidade. A ênfase na valorização da família denota

o medo que as pessoas entrevistadas tinham de morrer, um sentimento presente em grande parte da população, claramente perceptível nas fisionomias durante a aplicação do roteiro.

“OFICINANDO” NO JURUÁ

Conforme previsto na metodologia da pesquisa, foi realizada uma oficina in loco com a participação de profissionais de saúde e gestores, cujo objetivo foi avaliar os efeitos das informações e propor estratégias de prevenção da Covid-19 que dialoguem com os modos de vida da população. Para tanto, foi feita uma roda de conversa com aplicação do método ZOPP - Zielorientiert Projectplanung ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos que é uma técnica de planejamento de intervenção social criada para atender à necessidade de ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas (Bolay, 1993).

A oficina ocorreu no dia 12 de julho de 2022, no auditório da prefeitura municipal de Carauari e contou com a participação de 13 trabalhadores, dentre os quais estiveram presentes enfermeiros, agentes comunitários de saúde, coordenadora de vigilância epidemiológica e assessor de planejamento. A atividade iniciou com uma acolhida e explicação sobre a pesquisa, na sequência realizamos a dinâmica de construção do desenho do rosto coletivo, cuja finalidade é a percepção do trabalho em equipe. Após o momento de descontração, a metodologia ZOPP foi aplicada.

Com o objetivo de identificar os problemas existentes no cotidiano do trabalho em relação à Covid-19 nos territórios de suas unidades de saúde, foi solicitado que cada participante escrevesse um problema em uma tarjeta. Cada cartão foi fixado pelos participantes em um painel, para que a moderação pudesse ler e agrupar os problemas semelhantes para então identificar o problema central, ou seja, aquele que, se resolvido, refletiria nos demais problemas apontados. Após intensa discussão, pois o grupo divergia, foi priorizado como problema central “Falta de conhecimento/ comunicação sobre a Covid-19”. Outros problemas foram agrupados como sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e falta de valorização dos profissionais. O próximo passo foi identificar dentre os problemas que restaram, quais poderiam configurar causa e quais poderiam ser consequência do problema central.

Na etapa seguinte, os participantes foram estimulados a transformar cada problema em um objetivo específico, bem como criar estratégias e ações para o alcance dos referidos objetivos. Desta forma foi produzida a seguinte matriz de planejamento (Quadro 3):

Quadro 3. Matriz de Planejamento Estratégico por Objetivos

Objetivos	Ações	Metas
Conhecer a doença	Educação permanente em saúde; Investimento em capacitações para os profissionais de saúde em geral; Diminuir a taxa de contaminação; Acolhimento, atendimento e tratamento adequado.	Realização de oficinas mensais com atualizações para todos os profissionais de saúde.
Melhorar o acesso à internet no município	Buscar junto aos governantes, melhorias, pelo menos para profissionais de saúde, tem em vista a necessidade de atualizações para os profissionais.	Aderir conexão de boa qualidade
Melhorar a divulgação de informações com base em documentos oficiais para a população geral	Educação em saúde por meio de palestras, atividades coletivas e redes sociais; Treinamentos para os profissionais de saúde; Realizar visitas periódicas levando informações atualizadas para áreas mais precárias e de difícil acesso.	Reduzir o número de infecções de pessoas com comorbidades e que estão no grupo de risco; Atualizar as informações repassadas para a população urbana e rural, de forma mensal e trimestral, respectivamente.
Sensibilizar a população sobre a gravidade da Covid-19	Realizar atividades educativas (educação e saúde), sobre a importância da prevenção da Covid-19; Buscar integração institucional (educacionais/ assistenciais), visando adequar os meios de compartilhamento das informações sobre Covid-19, se evitando assim, a disseminação do vírus.	Realizar palestras educativas, 02 por mês; Realizar parcerias com órgãos integrados.

Fonte: Elaboração dos autores, 2022.

A finalidade principal dessa atividade foi identificar os problemas e envolver os participantes no processo de análise, planejamento e elaboração de respostas aos problemas. As ações despertaram a necessidade e a potencialidade de colaboração interprofissional, podendo ser uma estratégia importante para a resposta aos problemas. Após a finalização da atividade, os participantes foram convidados a compartilhar os relatos de experiências que consideraram marcantes durante os períodos mais críticos da pandemia. Esse movimento foi importante para valorizar a escuta dos profissionais e gestores da saúde.

SOBRE A VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Permanecemos quatro dias em Carauari, haja visto que a Companhia aérea não tem voos diários entre Manaus e Carauari, o que nos permitiu dispor de tempo para conhecer as unidades de saúde da sede do município, bem como outros profissionais que não puderam participar da oficina. Através de entrevistas individuais guiadas por roteiro com questões fechadas e abertas, todas gravadas e transcritas na íntegra, pudemos captar experiências referentes ao enfrentamento da pandemia nesse território.

Conversamos com enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coordenadores da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. O cuidado às pessoas infectadas, a prevenção da doença e o monitoramento dos casos revelou o que pesquisas já demonstraram, os profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia estão entre os grupos mais afetados, tanto pela exposição ao risco de adoecer, quanto pelas alterações que a pandemia provocou na vida pessoal e profissional (Teixeira

et al., 2020). O isolamento social foi uma das medidas que mais impactou vidas; e o afastamento da família pelo trabalho dos profissionais, para evitar o risco de contágio, se mostrou fator gerador de sofrimento para a maioria dos entrevistados.

Outro ponto destacado, se relaciona com o problema central, concluído através da oficina de planejamento de projeto orientado por objetivos - falta de conhecimento/comunicação sobre a doença- problema que faz com que o cenário de enfrentamento da pandemia se dê em condições de trabalho ainda mais adversas e inadequadas. Isso se agrava com os problemas crônicos do SUS oriundos do subfinanciamento e do congelamento dos gastos no setor, afetando, especialmente, os municípios de pequeno porte. Não foi somente a falta de conhecimento, pois o que já é sabido foi ratificado pelas falas dos profissionais, que foi a má conduta do governo brasileiro, sob a liderança da presidência da república, impactando a capacidade de resposta dos municípios.

Os atos do governo federal obstruíram as respostas dos governos estaduais e municipais à pandemia, propagando ações contra a saúde pública, sob discurso baseado em argumentos econômicos, notícias falsas e informações sem comprovação científica. Esses gestos e palavras produziram muitas dúvidas na população, especialmente quanto a vacinação, questionando a credibilidade das autoridades sanitárias. Assim, o mandatário da república fez com que o Brasil se tornasse um dos países mais afetados pela pandemia de Covid-19 (Brum, 2021).

Quando questionados sobre quem mais sofreu ou ficou vulnerável na pandemia, a maioria dos entrevistados respondeu que foram os profissionais de saúde, outras respostas indicaram a população idosa e/ou com comorbidades e as famílias de baixa renda. Sobre a assistência da gestão municipal a esses grupos, se criou estratégias para acompanhar e administrar medicações em domicílio para os casos de idosos e/ou pessoas com comorbidades que testavam positivo para Covid-19. Para as famílias de baixa renda houve a distribuição de cestas básicas. Aos profissionais de saúde não foi relatado nenhum cuidado ou apoio, além de acréscimo na remuneração daqueles que trabalharam diretamente no enfrentamento da pandemia. Em um contexto de crise sanitária, sem precedentes como o da pandemia de Covid-19, a atenção à saúde mental do trabalhador é imperativa. Afinal os problemas causados (estresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo) afetaram a atenção, o entendimento e a capacidade de tomar decisões, mas também afetaram o bem-estar geral de forma duradoura (Teixeira *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades realizadas em Carauari nos ajudaram a compreender as concepções e percepções da população em relação à Covid-19 e saber as estratégias

utilizadas pelo município no enfrentamento da pandemia. A teia de desafios imposta durante o período mais crítico alterou significativamente os modos de vida de muita gente, mas ainda não podemos concluir as mudanças de caráter permanente e duradouro. Entre higienizar as mãos, fazer atividade física e cuidar da alimentação, se deu muita ênfase à importância de valorizar a vida, familiares e outros, assim como as oportunidades dos encontros.

No que diz respeito à secretaria municipal de saúde do município de Carauari, é importante que os gestores implementem estratégias para a promoção e proteção da saúde mental dos profissionais de saúde, independente do contexto de pandemia. Do mesmo modo, é importante a promoção de espaços para a realização de ações da Educação Permanente em Saúde (EPS), para a reflexão sobre o cotidiano do trabalho e necessidade de transformações.

REFERÊNCIAS

Bolay, F.W. (1993). Guia para aplicação: planejamento de projeto orientado por objetivos - método ZOPP. Recife: **GTZ**.

Brasil. (2021). Ivermectina para o tratamento de pacientes com Covid-19. **Centro Colaborador do SUS: Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde – CCATES**. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-ivermectina-Covid-19>

Brum, E. (2021). Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”. **El País**. 2021, 21 de janeiro. <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>

Freitas, J.M.B.; Ribeiro, M.V.M.S.; Lima, K.M.; Silva, R. M. (2022). O enfrentamento da Covid-19 no município de Carauari/AM”. In: Schweickardt et al. **Pandemia e Transformações Sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre: Rede Unida.

Frota, A.C.; Barreto ICHC; Carvalho ALB; Ouverney ALM; Andrade LOM; Machado NMS. (2022). Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro https://opara.nyc3.cdn.digitaloceanspaces.com/outraspalavras/uploads/2022/04/28064656/Vinculo_longitudinal_da_Estrategia_Saude_da_Familia_na_pandemia.pdf

Levorato, C.D.; Mello, L.M.; Silva, A.S.; Nunes, A.A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Cien Saúde Coletiva**. <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3W-cYXKB/?lang=pt#:~:text=Belo%20Horizonte%3A%20Universidade%20Fede->

ral%20de,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20(IBGE).

Medina, M.G.; Giovanella, L.; Bousquat, A.; Mendonça, M.H.M.; Aquino, R. (2020). Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**. <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-Covid-19-o-que-fazer>

Silva, L.G.; Freitas, L.T. (2021). Ivermectina: a panaceia do tratamento profilático do Covid-19. **Brazilian Journal of Development**.

Teixeira, C.F.S.; Soares, C.M.; Souza, E.A.; Lisboa, E.S.; Pinto, I.C.M.; Andrade, L.R.; Espiridião, M.A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9):3465-3474. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/34355/1/A%20sa%C3%BAde%20dos%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde%20no%20enfrentamento.pdf>

Sarti, T. D.; Lazarini, W. S.; Fontenelle, L. F.; Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiol. Serv. Saúde** <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f-8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR DO AMAZONAS

*Diana Andreza Rebouças Almeida
Gabriel Romero
João Lucas da Silva Ramos
Rosângela Maria Barbosa de Melo
Vanessa Ramos Cardoso
Sônia Maria Lemos*

INTRODUÇÃO

A língua Tipo Guaraní representa "um lugar com muitas abelhas e mel" como tradução da palavra Iranduba, que deu nome ao município. Cercado pelos Rios Negro e Solimões, Iranduba pode ser descrita como a cidade do tradicional encontro das águas entre ambos. Iranduba foi por muito tempo reconhecida como a cidade das chaminés em alusão a sua principal atividade econômica, a produção de cerâmica, se destacando como um dos polos oleiros do estado.

A pandemia do Covid-19 provocou impactos no ecossistema do Iranduba, sua população e consequentemente, nos trabalhadores do SUS, que no meio do banzeiro de uma pandemia, sentiram o desejo de estar e cuidar apesar das suas próprias dores. Conforme o texto de Almeida et al. (2022) os primeiros casos de Covid-19 notificados em Iranduba datam de 04 de abril de 2020 e, em 2022, com dados atualizados em 12 de outubro, somam 13.750 casos confirmados.

O município foi o segundo em casos de Covid-19 e o quinto em óbitos considerando os municípios do Estado do Amazonas. Entre as vítimas da pandemia, está o querido amigo e integrante da pesquisa, à época, Secretário Municipal de Saúde, Daniel Sales Barroso, que faleceu no dia 15 de fevereiro de 2022. A ele dedicamos os resultados da pesquisa, que sejam profícuos nas melhorias necessárias para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) de Iranduba.

As características do município foram apresentadas detalhadamente no capítulo “Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas”, publicado no primeiro livro da pesquisa *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*, financiada pela FAPEAM e coordenada pelo Prof. Dr. Júlio César Schweickardt. O livro foi publicado no início de 2022 com o título *“Pandemia e Transformações Sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato”* (Schweickardt, et al., 2022).

Cabe salientar que entre a publicação do capítulo sobre a primeira fase da pesquisa e este, a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba passou por modificações no âmbito dos seus dispositivos. Permanecem as 18 UBS, sendo 6 com adesão ao Saúde na Hora, 1 CAPS I, 1 Equipe do Programa Melhor em Casa (EMAD e EMAP), 1 UBS Fluvial e as 23 Equipes de Saúde da Família. No entanto, a Estrutura de Gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi modificada, uma vez que foi instituída uma Coordenação das Redes de Atenção à Saúde, com um Coordenador para cada uma das 05 Redes prioritárias, conforme estabelecido pela Comissão Intergestores Tripartite em 2011.

Neste capítulo apresentaremos o desenvolvimento da oficina do projeto e a análise dos dados que foram produzidos a partir daí. A oficina constituiu em estratégias metodológicas da pesquisa e foi realizada com trabalhadoras(es) de uma Unidade Básica de Saúde e membros da gestão da Rede de Atenção à Saúde do município. Também foram utilizadas na confecção do capítulo as narrativas realizadas durante as entrevistas com os participantes. A ideia foi de instituir um espaço para que as problemáticas vivenciadas, durante a pandemia, pudessem emergir e que, no coletivo, pudessem buscar meios para indicar ou propor possibilidades de resolução. Desta forma, a oficina foi desenvolvida com a utilização do método de Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP) e, em sequência, realizadas as entrevistas, que contavam com um roteiro semiestruturado.

As estratégias metodológicas permitiram que cada uma(um) das trabalhadoras(es) se colocasse e expressasse como foi mobilizado pela pandemia e quais estratégias utilizou como pessoa e profissional, assim como quais as contribuições da equipe para a organização dos processos de trabalho. No coletivo, os problemas foram agrupados e foi decidido qual deles representava os demais, para definição de um problema central. A cada etapa da oficina, ficava evidente o compromisso de cada uma(um), mas também as ausências que impossibilitaram decisões e ações assertivas no enfrentamento à disseminação do vírus, mas também na continuidade dos serviços da ABS. Tratou-se de uma abordagem participativa, com intervenção no contexto, uma vez que a construção da árvore do problema pretendia alcançar dois

efeitos: produzir dados para analisar o contexto do enfrentamento à pandemia no município e, ao mesmo tempo, constituir dispositivo de organização subjetiva da inserção das pessoas que participaram no processo de trabalho e de compartilhamento das sensações de cada uma delas. O dispositivo foi também, portanto, uma ação de educação permanente em saúde.

Dentre os desafios enfrentados pelas equipes, foi possível identificar os relacionados aos processos de trabalho, associados à falta de preparo para atuar em tempos de emergência sanitária, à ausência ou precariedade das estruturas e dos recursos materiais. Com a orientação de priorizar a busca ativa de casos e de combate à Covid-19, alguns serviços habituais no território ficaram parados, ou receberam atenção em casos muito específicos, com estratégias pontuais. Em situações frequentes a sobrecarga das equipes refletia o estranhamento com os tempos atuais para o trabalho em saúde e suas demandas, ávidas por avaliação e solução.

Outro desafio recorrente foi o de enfrentar a resistência de parcela da população em seguir as orientações de medidas protetivas, de si e dos demais, feitas pelos profissionais de saúde. Resistência que também emergiu na proliferação de notícias falsas, propagadas com grande velocidade em grupos de pessoas “*confiáveis*”, como familiares e colegas de práticas religiosas. Que também aprofunda as desigualdades tão presentes nos *territórios vivos*. Cobrava-se medidas protetivas de maneira igualitária, sem oferecer as condições equânimes para o seu cumprimento. A pandemia escancarou as ausências do Estado, aprofundou as negligências na garantia dos Direitos Fundamentais, e criou desconfiância onde os vínculos eram o aporte do cuidado em saúde.

Foi necessário reorganizar os processos de trabalho, ampliar os recursos para estar perto e manter a distância física, em um modo de fazer que exige a presença constante, atenta e cuidadosa. Aprender em ato, no pulsar do território vivo, sustentado nas redes vivas de cuidado, que se constroem e se consolidam com a proximidade, o conhecimento e a troca.

A vida em movimento, desafiada pelo inesperado de uma doença desconhecida em todas as suas dimensões e consequências. Que afetou e afeta a todas as pessoas, mesmo que com intensidades diversas, relacionadas com as condições de acesso e consumo de bens e serviços de cada grupo social. Que exige decisões rápidas e de responsabilidade coletiva. Que exige políticas e ações públicas de proteção e defesa da vida. Que demanda organização, aprendizado em ato e permanente. Olhar pelas narrativas e construções desse grupo de trabalhadoras(es) como vivenciaram, experimentaram, aprenderam no cotidiano do enfrentamento à pandemia de Covid-19, nos aproxima das potencialidades para construir tempos melhores que reafirmem o cuidado nos territórios, com gestão e responsabilidade públicas e garantia do direito à saúde.

OS MOVIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO COMO LÓCUS DA PESQUISA EM ATO

A produção dos dados analisados neste texto é resultado de uma oficina participativa e de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde ligados à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. O trabalho de campo, desta segunda fase da pesquisa, foi realizado no mesmo dia, no primeiro semestre de 2022. Desenvolvida no período matutino, a oficina utilizou o método Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP) e teve como participantes profissionais de saúde, trabalhadores de uma UBS e membros da gestão da RAS do município. Em seu primeiro momento, foi realizada uma acolhida dos participantes e, em seguida, foi apresentado o projeto de pesquisa intitulado *“Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no estado do Amazonas”*, vinculado ao Laboratório de História, Políticas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia. Esse momento consistiu em uma dinâmica *“quebra gelo”* (construção de desenhos coletivos), para que pudéssemos construir um alicerce para os próximos momentos da oficina. Nosso intuito foi trabalhar de forma participativa e colaborativa com os profissionais, para além de técnicas de coleta de dados. Como em outras pesquisas conduzidas pelo grupo de pesquisadores do LAHPSA, mobilizar dinâmicas participativas tem o duplo objetivo de convidar o participante ao engajamento na pesquisa e, ao mesmo tempo, horizontalizar os papéis que marcam a pesquisa tradicional, onde o pesquisador se coloca por sobre a cena e os demais envolvidos na pesquisa ficam subjugados à condição de *“portadores”* das informações necessárias ao andamento da pesquisa. Em artigo específico desta coletânea são apresentados com mais detalhe esses princípios, mas, de forma sumária, aqui interessa registrar que essa costuma ser uma abordagem para produzir diálogos de saberes e enfrentar contextos de complexidade, sempre mais desafiadores às compreensões disciplinares às quais os pesquisadores são formados.

Após o momento da acolhida, foi realizada a identificação dos participantes. Para isso, foram utilizadas canetas coloridas e tarjetas de papel. Os participantes deveriam escrever seus nomes, suas profissões e suas expectativas para a oficina. Neste sentido, cada participante teve a oportunidade de se apresentar e comentar sobre o que escreveu. Nosso objetivo com a atividade foi registrar o que o grupo esperava e refletir sobre a importância de cada um no andamento do projeto de pesquisa. Ao final, observamos que as expectativas registradas nas tarjetas giravam principalmente em torno de *“poder contribuir”*; vivenciar *“dias melhores”*; e construir *“conhecimento, aprendizagem para que possamos utilizar no nosso dia a dia de trabalho”*. Tal disposição fortaleceu o sentido de uma pesquisa-ação embasada na ideia de a educação permanente em saúde como aprender no/com o trabalho, seja dos trabalhadores ao refletir sobre suas ações e inserção no enfrentamento

à pandemia, seja dos pesquisadores, que refaziam seus saberes e fazeres à medida em que as atividades foram sendo desenvolvidas.

A oficina foi seguida por uma roda de conversa sobre as experiências e vivências dos profissionais em relação à Covid-19 no contexto do trabalho. A orientação dos mediadores foi para que as(os) participantes contassem aquilo que quisessem e considerassem importante dentro do assunto, escrevendo na tarjeta uma frase que resumisse os aspectos escolhidos de suas experiências durante a pandemia. Assim, os facilitadores iniciaram com os seus relatos e foram seguidos pelos interlocutores. Ao final dessa etapa, houve a avaliação e fechamento das atividades de grupo. Aqui uma obviedade, que não se esgota na repetição: como suposto da abordagem qualitativa da pesquisa, interessa menos a representação que os fenômenos têm no contexto do qual as informações emergem do que o fato que os dados produzidos nas dinâmicas adotadas traduzem fatos ou eventos dos processos de trabalho que os participantes julgaram suficientemente relevantes para compartilhar sob a consigna da dinâmica da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, foram realizadas no período da tarde, na mesma sala em que aconteceu a oficina. Seguindo um roteiro previamente estabelecido, conversamos com oito integrantes da Equipe de Saúde da Família (EFS) da referida UBS, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde e uma representante da gestão de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (ABS), assessora da coordenação da ABS.

Para fins de construção desse trabalho, todos os dados produzidos em campo foram transcritos, categorizados e analisados, observando especialmente o processo de trabalho que os profissionais da ABS desempenharam no contexto da pandemia, as ações promovidas para desenvolvimento do processo de cuidado e os impactos na comunidade e suas práticas de cuidado.

TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Um momento importante da oficina teve como objetivo identificar os principais problemas enfrentados pelos participantes em sua atuação profissional no cotidiano do trabalho em relação à pandemia de Covid-19 no município, levando em consideração suas unidades de saúde. Nele, cada participante escreveu um problema em uma tarjeta e, depois, todas as inscrições foram fixadas na parede pelos próprios participantes. Posteriormente, a moderação leu todo o conteúdo produzido e, juntamente com os participantes, buscou agrupar os problemas semelhantes. Quando necessário, foi pedido que re-escrevessem o problema de modo a melhorar a compreensão da ideia. Eis a lista de problemas (**Quadro 4**):

Quadro 4 - Lista de problemas produzida pelos interlocutores.

PROBLEMAS
Recusa de Vacinação
Falta de Adesão as medidas sanitárias e Conscientização em relação à prevenção à Covid-19.
Ausência de Protocolos (início da pandemia)
Propagação de fake news
Atraso em matérias primas, medicamentos e Epi
Alto grau de contaminação da Covid
Desarticulação da Vigilância epidemiológica e Atenção Básica.
Impactos na saúde mental de servidores e usuário (medo, luto)
Falta de um programa para cuidados da Saúde do Servidor

Fonte: produção própria.

Dos problemas listados, foram criados dois grandes grupos. O primeiro continha dificuldades como: falta de adesão dos usuários às medidas sanitárias e à vacinação; propagação de *fake news*; ausência de protocolos claros com orientações para os profissionais de saúde; falta de EPIs, medicação e insumos (principalmente no início da pandemia); e gravidade e alto risco de contaminação dos profissionais pela Covid-19. O segundo grupo continha os impactos negativos à saúde mental da comunidade e trabalhadores, em especial: o luto, o medo e a falta de um programa com cuidados para os servidores da saúde que estavam na linha de frente na pandemia de Covid 19.

Considerando a governabilidade do setor saúde em solucionar as questões postas, dentre os grupos de problemas definidos, foi designado coletivamente como problema central, a desarticulação entre ABS e a Vigilância Epidemiológica. Ou seja, os participantes entenderam que a manutenção/resolução dessa questão refletiria nos outros problemas. Muito significativa a escolha, que traz um problema estrutural nos sistemas locais de saúde, tornado ainda mais relevante durante a pandemia e, sobretudo, nas condições de enfrentamento no Brasil. Há uma evidência bastante relevante aqui, que foi o fato de que os participantes ocuparam a dinâmica da pesquisa para colocar em circulação esforços para superar um problema de grande relevância no trabalho em saúde de forma geral, também presente no município de Iranduba.

Definido o problema central, os moderadores e os participantes identificaram relações de causa ou de consequência/efeito que o envolviam. Para tanto, as tarjetas com os problemas escritos foram organizadas dentro de um painel com o desenho de uma árvore, iniciando a construção da Árvore Explicativa de Problemas, onde o problema central é o caule e os problemas secundários divididos em causas (raiz) e consequências (frutos). Esse processo tinha como objetivo situar os problemas listados em um encadeamento lógico de causa-efeito, tonando possível objetivar motivações e iniciativas no próprio

processo de trabalho. Foram definidos como causas do problema central: a falta de informação consistentes sobre a pandemia e as fake news. Já como consequências, encontramos os impactos negativos na saúde mental da comunidade e trabalhadores, a falta de insumos (medicações, equipamentos de proteção individual) e a não adesão à vacinação.

Após a construção coletiva de uma lista de problemas enfrentados pela atenção básica durante a pandemia e o estabelecimento de um problema central, as discussões realizadas na oficina fizeram emergir as principais ações, dificuldades e estratégias dos profissionais de saúde no contexto de crise sanitária, importantes para a realização de suas atividades. Elas serão discutidas a seguir.

OS DESAFIOS AOS PROCESSOS DE TRABALHO E À SUA (RE) ORGANIZAÇÃO

Sabe-se que a ABS é uma importante ferramenta para a saúde pública no Brasil, e deve ser utilizada de maneira especial durante epidemias. A potência da ABS para a pandemia de Covid-19 está na abordagem territorializada. Sobre tudo na ausência de vacinas e medicamentos específicos, um sistema de saúde difundido nos territórios permite uma vigilância e uma atenção aos usuários diferentes do que se estava estabelecido em outros países, onde se priorizou a atenção hospitalar (Medina *et al.*, 2020). Na prática, a utilização da ABS para o enfrentamento a pandemia não foi realizada de maneira plena e satisfatória (Giovanella *et al.*, 2021; Medina *et al.*, 2020), mas ainda assim gerou mudanças na atuação profissional dos trabalhadores da saúde. Durante a oficina e as entrevistas, foram destacadas algumas medidas adotadas pelo município e algumas dificuldades enfrentadas na mobilização da ESF.

Nos momentos iniciais da pandemia, a organização dos profissionais da ABS e da gestão se deu no sentido de preparo para o que estava por vir. Antes dos primeiros casos de Covid-19 no município, foi criado um comitê de crise, tendo como conduta inicial a organização de um plano de contingência municipal. Essa organização e outras características das medidas adotadas pelo município em seu plano de contingência, estão detalhados no capítulo do primeiro livro da pesquisa, publicado no início do corrente ano e citado na introdução deste texto.

Com a chegada da crise sanitária ao município, foi necessário que os profissionais da ABS se organizassem, realizando inclusive treinamentos e discussões sobre o problema. De acordo com os interlocutores, o comitê de crise se reunia diariamente, para analisar as notas técnicas da vigilância em saúde da capital, planejar o repasse das informações para a população e realizar reuniões para orientar os profissionais de saúde.

A gente tinha muitas reuniões, a gente tinha muito a vigilância de saúde em Manaus, a gente recebia as notas técnicas, a gente tinha todo um trabalho de dissecar aquela nota técnica, de como que a gente poderia agir e isso era repassado para as pessoas (Entrevista 1)

Nós tivemos capacitação pra isso, a gente foi capacitado, teve uns enfermeiros que foram indicados pra trazer pra gente essas informações, e dentro da UBS mesmo (Entrevista 2).

No entanto, havia uma discrepância entre o que era factível e o que era orientado em notas técnicas e protocolos, como é possível observar no trecho abaixo:

O problema é que nós não estávamos preparados na época com condições de oferecer para os trabalhadores tudo aquilo que o protocolo pedia de início, eu acho que não tinha nenhum município né, que estava preparado pra isso, até a própria capital não estava (Entrevista 2)

Ainda assim, com as orientações disponíveis e com a experiência do dia a dia, o manejo dos pacientes dentro da UBS e no território foi acontecendo.

No início foi um pouco complicado, né? E depois a gente conseguiu se organizar e conseguiu fazer em 2020 que foi no início um bom acompanhamento e monitoramento dos casos de pacientes com Covid (Entrevista 3).

Ao serem questionados sobre a atuação profissional durante a pandemia de Covid-19, os profissionais evidenciaram que o foco de seus trabalhos mudou nesse período. As atividades na UBS passaram a priorizar a Covid-19 em detrimento de outras responsabilidades tradicionais da ABS.

Nós limitamos com alguns atendimentos voltados a algumas situações né, abria mais Covid mesmo, voltada mais para Covid, mas atendíamos as gestantes, hipertensos e crianças, mas tudo limitado por conta dessa situação e essas foram as mudanças de rotina no trabalho. (Entrevista 4)

Nós que diminuímos nossas demandas de atendimento, para especificar outras, né? Dando mais prioridade à doença, né? À pandemia e usando muitos critérios, né? (Entrevista 5)

A gente estava lá cuidando do nosso foco maior. Era Covid, Covid, Covid, entendeu? Criamos o call center, então tinha que estar ligando para as comunidades pra ver as questões das barreiras, pra não entrar nas comunidades. Então não tivemos um trabalho externo fizemos barreira na ponte então todo o processo de trabalho que a gente estava virou tudo em função do Covid. (Entrevista 1)

Para as profissionais entrevistadas, essa mudança de rotina levou a um aumento na carga de trabalho. Se por um lado houve uma maior priorização da Covid-19; por outro, houve a necessidade de a equipe dar conta do trabalho já existente. O acúmulo de muitas atividades configurou um cenário cansativo para as profissionais.

Um outro impacto em relação é a questão da sobrecarga de trabalho, né? Que houve em cima dos profissionais de saúde e, também, a questão psicológica que muitas pessoas vêm enfrentando. Essas questões de crises de ansiedade, pânico, a gente tem muitos profissionais adoecidos. (Entrevista 3)

A necessidade de isolamento social tornou o trabalho dos ACS fundamental para a busca ativa de novos casos, sobretudo aqueles mais leves que não buscavam a assistência em unidades de saúde.

A gente passou a fazer mais trabalho, que a gente tinha que fazer busca ativa. Além de fazer o nosso trabalho da rotina a gente tinha que fazer a busca ativa das pessoas com Covid para poder levar o tratamento (Entrevista 6).

A reorganização dos processos de trabalho e dos fluxos de atendimento no contexto da pandemia de Covid-19 configurou-se como o ponto de partida fundamental para a continuidade dos cuidados em saúde. Ela teve também o objetivo de auxiliar na prevenção de agravos à saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores que prestaram/prestam o cuidado. Estabeleceram estratégias, de acordo com o que foi possível dentro das condições estruturais, logísticas e técnicas, para manter a atenção à saúde das/dos usuárias/usuários do território e o distanciamento social, principal medida de prevenção à propagação da Covid-19, especialmente nos momentos iniciais na pandemia, quando ainda não existiam vacinas (Helioterio *et al.*, 2020).

AÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADO

Para o melhor entendimento da população acerca do que era a doença, das medidas protetivas e da circunstância em que se encontrava o município, foram desenvolvidas algumas estratégias de comunicação e educação em saúde. Inicialmente, foram realizadas barreiras sanitárias, onde eram abordados motoristas para serem orientados a respeito da doença e de medidas protetivas.

Tinha muita gente da saúde na rua, nas barreiras, distribuindo panfletos, orientando o álcool, limpando o carro, higienizado carro, houve um movimento bem grande, foi construído inclusive um boneco gigante daqueles bonecos de Carnaval pra chamar atenção vestido de ACS pra sair na rua pra chamar atenção da população com relação a isso (Entrevista 1).

A educação em saúde é um dispositivo primordial em qualquer situação que produza cuidado e, em tempos de pandemia de Covid-19, mostrou a sua potencialidade no contexto pandêmico. Pois, mesmo que as recomendações fossem o distanciamento e o isolamento social enquanto medida preventiva, as/os usuárias/usuários continuavam a buscar os serviços de saúde, uma vez que as suas necessidades permaneceram a afetá-las/los. E a produção do cuidado em tempos de pandemia, a partir da educação em saúde e das tecnologias leves, é fundamental (Ceccin; Schneider, 2020).

Para os usuários moradores dos territórios atendidos pela ABS, a principal forma de levar informação foi através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isso foi feito de forma presencial, com visitas ao domicílio, e de maneira remota, principalmente com a intensificação do isolamento social. Nas últimas, eram realizados telefonemas e conversas pelo WhatsApp.

A gente fazia muita orientação, na verdade as pessoas ficaram com medo, se isolaram e até pra receber a nossa visita era difícil, mas a gente procurou mais orientar, então a gente usava mais o telefone, ligava, usava o zap, sempre ia ao domicílio, mas sempre tendo os cuidados de como proceder e informar o que eles estavam sentindo, aonde eles podiam procurar socorro e ajuda (Entrevista 4).

Vale ressaltar ainda, que os recursos tecnológicos para o atendimento a distância foram muito utilizados, não somente em casos suspeitos de Covid-19 – ou de outra Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – mas também de doenças crônicas que necessitavam de um monitoramento contínuo (Caetano et al., 2020; Geraldo; Farias; Sousa, 2021).

Dentro da UBS, os usuários que chegavam eram abordados, e de maneira prática eram dadas orientações pelos profissionais, sobretudo da enfermagem. O meio digital também foi utilizado para divulgação de informações, através da página da Secretaria de Saúde. Também foi utilizado um carro de som para divulgação de informes da situação epidemiológica do município, e, também, de orientações quanto a medidas de proteção.

A gente fazia uma divulgação na página da Secretaria de Saúde da Sems, o secretário ele sempre fazia uns vídeos falando da situação do Covid, a questão da prevenção e atualizando a comunidade em relação ao número de pessoas que a gente estava tendo, aos cuidados que deveriam ter, à questão do isolamento social. E também a gente conseguiu na época fazer chamadas de gravações e um carro volante ele saía na rua e falando a situação da doença, o que era, o modo de transmissão, da prevenção, que teria que ser feito isolamento, pedidos para as pessoas permanecerem em suas casas ou saírem se realmente fosse necessário (Entrevista 3).

Partindo da equipe e da secretaria de saúde, também houve distribuição de kits com álcool e máscara para algumas pessoas que não tinham condição financeira para comprar. Algumas máscaras fornecidas eram confeccionadas por um grupo de costureiras que se organizaram junto às profissionais. Não foi realizada uma ação específica para populações vulneráveis por parte da Secretaria de Saúde.

DIFICULDADES PRÁTICAS NO EXERCÍCIO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A pandemia de Covid-19 causou impactos profundos nos diversos campos da vida social. Na área da saúde, mais especificamente, sua rápida disseminação trouxe desafios inimagináveis para os processos de trabalho e promoção de cuidado no Brasil e no mundo. Segundo os profissionais de saúde, interlocutores desta pesquisa, a falta de preparo foi o principal problema vivenciado no enfrentamento à pandemia no município. A equipe relatou ainda que havia uma desproporção entre o impacto da crise sanitária e o que era possível ser feito com as ferramentas à disposição, tanto em relação a recursos quanto ao conhecimento.

A gente foi aprendendo fazendo e as pessoas foram de repente. [...] Então a gente perdeu, por mais que a gente tivesse preparado o plano de contingência, tudo, mas ficou um delay assim de ‘como que a gente vai fazer? (Entrevista 1).

Faltou a gente ter mais conhecimento sobre a doença, sobre como agir, sobre como ajudar uns aos outros. No momento que começou eu lembro que a minha enfermeira disse ‘tem um caso na tua área’. Eu disse ‘enfermeira eu não tenho a capacidade de ter coragem de ir sozinha e ir lá pra ver se é’. Eu não tinha um psicólogo forte pra ir enfrentar isso (Entrevista 6).

Sendo uma emergência sanitária de alcance global, a pandemia de Covid-19 trouxe consigo a dificuldade equilibrar a necessidade de manter o distanciamento social e de aumentar a produção de equipamentos, insumos e medicamentos para abastecer os serviços de saúde de todo o mundo. Inicialmente, a indústria e os governos se viram de mãos atadas para conseguir atender toda a demanda de saúde que o contexto exigia. No município pesquisado não foi diferente: foram relatados pelos entrevistados problemas com a falta de insumos, medicamentos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como uma insuficiência das estruturas físicas para o aumento no atendimento dos usuários. Isso, ainda segundo os entrevistados, limitou significativamente a atuação dos profissionais. O estado do Amazonas acabou sendo marcado de forma emblemática pelo desespero da população diante da falta de cilindros de oxigênio.

Logo no começo da pandemia, fui pega de surpresa, né? Porque foi muito rápido, então faltou muito oxigênio para as pessoas, então assim, essa parte que faltou, e foi muito em cima da hora, eles tentaram ajudar, nós tentamos ajudar, nós tentamos ajudar ao máximo, mas assim, não foi o suficiente (Entrevista 2).

Faltou mais preparo que plano de ação. [...] Nós tivemos pouco preparo, e a logística muito complicada que chegava aqui com mais dificuldades, medicação, equipamento de proteção, tudo era mais dificultoso para cá (Entrevista 5).

Os profissionais de saúde entrevistados apontaram a dificuldade imposta pelos processos burocráticos como causa para essa falta de materiais de trabalho. Outra dificuldade para a equipe de saúde foi a resistência da população, sobretudo nos momentos iniciais da pandemia. Segundo os entrevistados, parte da população não acreditou na gravidade do vírus e, consequentemente, não aceitou as orientações por parte das profissionais de saúde.

Principalmente quando a gente fala em máscara. Falou em máscara e disse, 'eu não tenho medo disso, mas vocês vêm com lazeira de estar falando isso pra gente se prevenir, isso aí é leseira, ninguém pega não'. [...] E fora as que batiam a porta na nossa cara, janela na nossa cara, mas aos poucos eles foram vendo, né? (Entrevista 2).

A gente também teve uma carga de pessoas que não acreditavam que o vírus pudesse chegar até aqui e acabaram essas pessoas muitas das vezes não sentiram nada foi que acabou levando a Covid para dentro de casa pros idosos e foi aí que a gente teve um impacto maior (Entrevista 3).

Os modos de vida/existência e resistência no mundo, produzem representações e subjetividades distintas, relacionando-se diretamente na adesão ou não das informações, especialmente, quando elas estão distantes das realidades vivenciadas pela população. E ainda têm relação direta sobre como as pessoas constroem os seus modos de vida e como apreendem as realidades vividas. Assim, a maneira que as pessoas constroem seus modos de vida está relacionada com o quanto se sentem envolvidas nos processos de apreensão da realidade em seus aspectos físicos e simbólicos, e com o quanto se percebem detentoras da capacidade de nela intervir para transformá-la (Latgé; Araújo; Silva-Júnior, 2020; Lemos; Higuchi, 2015).

Com o início da vacinação, entre fevereiro e março de 2021, a equipe também relata que teve atritos com pessoas que se recusaram a tomar o imunizante. O principal motivo apontado para essa recusa, foi o receio da população em relação às vacinas, resultado do espalhamento de fake news em relação às vacinas, e de incongruência entre as falas emitidas pelo presidente da República e as disposições de decretos, portarias e protocolos. Nesse contexto,

os estudos de Misquita *et al.* (2020), Duarte *et al.* (2020) e Rios *et al.* (2020) apontam para a proliferação de fake news, enquanto elemento dificultador para um enfrentamento eficaz da pandemia. No entender delas/deles, a divulgação massiva de notícias falsas prejudica o fazer de trabalhadoras/trabalhadores, pesquisadoras/pesquisadores e gestores da saúde, uma vez que esse tipo de conteúdo costuma ir de encontro as medidas de prevenção e corróborar com o seu descumprimento pela população (Palacio; Takenami, 2020). Com o tempo, algumas dessas pessoas aceitaram serem vacinadas após um processo de convencimento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). No entanto, apesar de alguns avanços, a recusa da vacinação continuou sendo um problema para a equipe da UBS, aparecendo como ponto amplamente discutido durante a oficina com as profissionais.

O meu problema é sobre a vacinação da Covid, a grande dificuldade de encontrar pessoas que não querem se vacinar. [...] As vacinas nos idosos que não foram lá, e a gente está indo nas casas e muitos ainda não querem, entendeu? Assim como a da Covid para criança foi liberada também, mas tem mãezinhas que não querem que os filhos vacinem (Entrevista 2).

Sobre a vacina, não só a vacina da Covid como a vacinas que tem também que é de sarampo, febre amarela, tem pessoas que também não tem, algumas pessoas não têm essa vacina [...] Então a gente está todo dia ali correndo atrás deles para ver se a gente consegue resgatar essas pessoas que não querem tomar a vacina, mas graças a Deus que eles estão indo. Estão indo com medo, mas estão indo (Entrevista 2).

Os profissionais de saúde entrevistados reconhecem que as estratégias de enfrentamento da pandemia de Covid-19 nem sempre trouxeram os resultados esperados. Além dos desafios já citados nesta seção, eles também destacaram alguns erros cometidos à época. Todavia, como justificativa para esses erros, eles apontaram a influência da falta de protocolos claros que orientassem as equipes no município e a desarticulação entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Para eles, inclusive, isso possivelmente foi uma das causas para o despreparo da equipe.

Eu acredito que um erro que a gente cometeu isso foi no início, [...] a questão entendimento da situação que algumas equipes se entendiam de uma forma, outras entendiam de outras, né? E a questão da Atenção Básica com a Vigilância, a gente teve alguns entraves e aí eu acho que dificultou passar realmente para os demais profissionais da ponta o que a gente precisaria fazer. [...] Questão de protocolo de medicamento também para medicação (Entrevista 3).

Em relação aos aspectos relacionados aos processos de trabalho na ABS, houve a necessidade de se reorganizar os serviços que aconteciam, para além dos muros das UBS, já que eles também têm o papel estruturante nos cuidados em saúde realizados pelas equipes da Atenção Básica.

IMPACTOS NA COMUNIDADE E NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE CUIDADO

Partimos da compreensão de que a ausência de uma Política Nacional de Enfrentamento da pandemia de Covid-19 com diretrizes bem definidas, as contradições de informações indicadas por diversos órgãos do governo federal, e as dificuldades na execução das orientações baseadas em evidências científicas e dados epidemiológicos, dificultaram, significativamente, o enfrentamento da presente e persistente pandemia no Brasil. Tal compreensão vai ao encontro das afirmações de Santos (2020) e Trindade (2020), que reiteram que a deflagração da pandemia de Covid-19 em nosso país fez com que vivenciássemos uma grave crise sanitária, social, humanitária, econômica, ética e política, que impactou e ainda tem impactado, diretamente, as condições objetivas e subjetivas da vida das pessoas e a organização da sociedade brasileira.

A pandemia de Covid-19 gerou alterações no cotidiano de várias populações, interferindo inclusive nas relações sociais. Isso não foi diferente no município analisado. O distanciamento social levou a mudanças na rotina das pessoas e impossibilitou algumas fontes de renda, levando a crises financeiras severas.

[Mudou] tudo né, foi mudado toda a rotina da vida da população, tudo o que eles faziam foi limitado, até sair de casa era todo um processo, então foi uma readaptação na verdade, do Covid pra todos nós (Entrevista 4).

De impacto que teve muito em questão financeira. Enquanto trabalhador de saúde a gente via muitos relatos de que precisavam, que trabalhavam autônomo. Como os feirantes, eles foram muito prejudicados assim financeiramente. Famílias elas não tinham realmente como ter o seu ganha pão no dia a dia e precisou viver com relação de ajudas né cestas básicas que foram distribuídas nessa situação (Entrevista 3).

Houve períodos críticos durante a pandemia. Além dos problemas financeiros vivenciados por indivíduos e famílias, houve uma grande quantidade de pessoas internadas e infectadas em casa. Isso sem contar a falta de materiais nas unidades de saúde e de estrutura dos espaços de cuidado. Como resposta a essas dificuldades, igrejas e pessoas das comunidades, tanto do território da UBS analisada quanto de outros lugares, ofereceram auxílio a usuários e profissionais de saúde. Essa ajuda ocorreu principalmente através da doação de cestas básicas e refeições e da mobilização para arrecadar materiais utilizados nos serviços de saúde (cilindros de oxigênio, luvas, máscaras etc.)

Eu nunca vi um povo tão unido em ajudar [...] Alguns trabalhos secretariais e alguns grupos de jovens que arrecadaram cesta básica, distribuição (Entrevista 3). Como o nosso bairro fica próximo ao hospital então a gente via muito as pes-

soas se solidarizando com a situação do que estava acontecendo lá dentro, então eles levavam alimentos, ajudavam as pessoas que estavam lá, colocavam barraca lá, conseguiam oxigênio, ajudavam com tudo (Entrevista 4).

Na minha área tinha uma moça, não sei se era de uma ONG, [...] ela arrecadava luvas, máscara, álcool em gel, e ela mandava pra UBS era assim ela ajudava nossos idosos com fralda os acamados né e tinha sim pessoas nos ajudando sim poucos mais tinha (Entrevista 6).

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA COVID-19 E O RESPEITO AOS MODOS DE VIDA DA POPULAÇÃO

Foi perguntando aos participantes como os problemas poderiam ser transformados em objetivos. Desta forma, foram construídos coletivamente um objetivo geral, objetivos específicos, e suas ações e metas - ou seja, “o que fazer” e “como” alcançar cada objetivo. Em seguida foram definidos dois grupos de problemas da Árvore Explicativa para serem trabalhados nesta etapa: o primeiro referente ao problema Central “*Desarticulação entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde*”, e o segundo contendo os problemas relacionados “*Falta de informação/fake news/Não adesão à Vacinação*”. Os participantes também foram divididos em dois grupos e cada grupo ficou responsável por criar os objetivos, as ações e as metas para um dos problemas. Posteriormente, as estratégias criadas foram apresentadas e validadas pelo grupo ampliado. Os objetivos estabelecidos, bem como as ações e metas para seu cumprimento, estão descritos no Quadro 2.

O desafio central “*Desarticulação da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica*” foi transformado no objetivo geral de ação “*Articular de forma clara e conjunta as atuações da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica*”. Para este objetivo geral, foram estabelecidos como ações e metas: capacitação aos profissionais da ABS quanto às ações da Vigilância Epidemiológica e sobre os agravos; Reuniões mensais entre as Equipes da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e áreas técnicas; Realizar educação em saúde sobre os agravos nas salas de espera das Unidades de Saúde; Divulgação em mídias sobre a importância da Atenção Básica e da Vigilância epidemiológica para a saúde da população e elaboração de material de apoio audiovisual.

Os demais problemas definidos durante a oficina se tornaram os objetivos específicos, e expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral. São eles: a) criar planos de ações sobre a atuação da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica; e b) minimizar os impactos da desinformação e da propagação de fake news sobre a pandemia de Covid-19.

Para a criação de planos de ações sobre a atuação da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica, foi pensada a realização de um Simpósio com técnicos

da Fiocruz Amazônia que aborde o tema da Integração das Ações da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica, de forma teórica e prática, para que a partir daí seja construído um plano de Ação com a participação de todos. Para minimizar os impactos da desinformação e propagação de fake news, foram definidas as seguintes ações e metas: Realizar um levantamento para identificar as razões para recusa da vacinação; Realizar Ações de Educação em Saúde em Conjunto com a Assistência Social e Educação para promover Educação em Saúde; Otimizar os Espaços do Programa Saúde na Escola, Centro de Referência de Assistência Social-CRAS e Centros de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS para realização de Educação em Saúde; Elaboração de material Audiovisual, abordando e elucidando especialmente os achados (razões e motivos para não adesão a vacinação) nos levantamentos realizados pelos Profissionais com os usuários que se recusam a se vacinar.

No quadro abaixo é possível visualizar o plano com objetivos, ações e metas para superação dos problemas evidenciados durante a oficina, construído coletivamente pelas(os) participantes.

Quadro 5 – Matriz de objetivos, ações e metas

OBJETIVOS		
Geral	Específicos	
Articular de forma clara e conjunta as ações da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica	a) Minimizar os impactos da desinformação da pandemia de Covid	b) Criar Planos de Ações sobre a atuação da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica
Ações e Metas		
Capacitação aos profissionais da Atenção Básica quanto as ações da Vigilância Epidemiológica e sobre os Agravos.	Realização de um Simpósio com técnicos da Fiocruz, Am, que abordem o tema da Integração das Ações da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica, de forma teórica e prática, para que a partir daí seja construído um plano de Ação com a participação de todos	Realizar um levantamento para identificar as razões para recusa da vacinação
Reuniões Mensais entre as Equipes da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e áreas técnicas.		Realizar Ações de Educação em Saúde em Conjunto com a Assistência Social e Educação para promover Educação em Saúde.
Realizar educação em saúde sobre os agravos nas salas de Espera das Unidades de saúde.		Otimizar os Espaços do Programa Saúde na Escola, Centro de Referência de Assistência Social-CRAS e Centros de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS para realização de Educação em Saúde.
Divulgação em mídias sobre a importância da Atenção Básica e da Vigilância epidemiológica para Saúde da População e elaboração de material de apoio Audiovisual.		Elaboração de material Audiovisual, abordando e elucidando especialmente os achados (razões e motivos para não adesão a vacinação) nos levantamentos realizados pelos Profissionais com os usuários que se recusam a se vacinar.

Fonte: Os autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando o processo de enfrentamento à pandemia de Covid-19 na Atenção Básica, fica evidente que, para uma ação rápida e efetiva de enfrentamento ao problema, para as(os) participantes da oficina, se faz necessário uma boa articulação entre a Vigilância Epidemiológica e a Atenção Básica, levando inclusive em consideração uma parceria entre as três esferas de governo na articulação de ações conjuntas.

As dificuldades e os erros apontados se deram, em sua maioria, em relação ao atraso para estabelecer uma rede de enfrentamento objetiva e treinada, decorrentes da falta de protocolos assertivos desde o início. Isso desencadeou o desenvolvimento de estratégias tardias, desenvolvidas já no período de transmissão comunitária e de infecção expressivas. Esse problema foi um dos motivos para a severidade da pandemia no município.

Uma ferramenta importante da Atenção Básica para o enfrentamento da pandemia foi o acesso aos territórios pelos ACS e a experiência do município analisado evidencia que esses profissionais necessitam de treinamentos, tanto para realizar busca ativa quanto para levar informações e orientações corretas.

Outro aspecto que se mostrou relevante foi a coesão entre as profissionais da ESF. A atuação efetiva de todos os profissionais da estratégia de saúde da família (enfermeiras, técnicas, ACS, entre outros) é muito importante e, na UBS analisada, além da boa atuação profissional, a relação e o apoio mútuo entre as integrantes da equipe fizeram toda a diferença na (re)organização dos processos de trabalho e nos serviços ofertados à população.

REFERÊNCIAS

Almeida, D. A. R. *et al.* (2022). Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas. In: Schweickardt, J. C. *et al.* (org.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA.

Caetano, R. *et al.* (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5.

Ceccon, R. F.; Schneider, I. C. (2021). Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19. **Pre-print em análise**, v. 91, n. 5, p. 287, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/160>. Acesso em: 23 jan.

Duarte, R. B. *et al.* (2020). Agentes Comunitários de Saúde frente à Covid-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1, p.252-256. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597/837>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Geraldo, S. M.; Farias, S.J. M.; Sousa, F.O. S. (2021). A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e42010817359-e42010817359. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17359.

Giovanella, L. *et al.* (2021). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**. v. 45, n. 130. Doi: 10.1590/0103-1104202113014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2021.

Helioterio, M. C. *et al.* (2020). Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00289. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YCVxkfvBRNszipFddBwJhkd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

Latgé, P. K.; Araújo, D. N.; Silva-Júnior, A. G. (2020). Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de Covid-19: a experiência das comunidades de Niterói, RJ. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 122-127, jun. Doi: 10.14295/aps.v2i2.110. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/110/61>.

Lemos, S. M.; Higuchi, M. I. G. (2011). Compromisso socioambiental e vulnerabilidade. **Ambiente & Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 123-138, jul./dez. Doi: 10.1590/0102-311X00088920.

Medina, M. G. *et al.* (2020). Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36.

Misquita, M. S. *et al.* (2020). Atendimento de gestantes na atenção primária a saúde pela enfermagem durante a pandemia do SARS-COV-2. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 269, 4723-4730.

Palácio, M.A.V; Takenami, I. (2020). Covid-19: o desafio para a educação em saúde, Vigil. sanit. **Debate**. v.8, n. 2 p.10-15.

Rios, A. F. M.; *et al.* (2020). Atenção Primária à Saúde frente à Covid-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/>

view/3666/836. Acesso em: 22 jul. 2022.

Santos, B. S. (2020). A **cruel pedagogia do vírus**. Coimbra.

Schweickardt, J. C. *et al.* (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Vidas-Indigenas-Importam.pdf> Acesso em: 22 maio.

Trindade, N. (2020). Palestra de abertura. In: **Cenários Epidemiológicos da Covid-19 no Brasil: tendências e impactos na sociedade**, [S.l: s.n.]. 1 vídeo (2:26:48 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9eAhJi-XnBk>. Acesso em 1º maio 2021.

MANACAPURU E AS MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DA SAÚDE

Amanda Gabriella Oliveira Tundis

Viviane Lima Verçosa

Joana Maria Borges de Freitas

Alcindo Antônio Ferla

Júlio César Schweickardt

INTRODUÇÃO

A Princesinha do Solimões, como é conhecido o município de Manacapuru, que compõe a Região Metropolitana de Manaus, também sofreu fortes e imensuráveis impactos da pandemia da Covid-19, com incidência relevante na vida das pessoas. Conforme dados apontados por Ferla *et al.* (2022), o território compreende o 4º município em número de habitantes do Estado do Amazonas, sendo 85.141 pessoas, de acordo com o Censo Demográfico 2010. Ainda segundo os autores, os indicadores do sistema municipal de saúde apontam uma boa capacidade de resposta diante do enfrentamento à pandemia. Após a morte de mais de 600 mil pessoas em todo o Brasil, e necessitando de um engajamento interdisciplinar em diferentes esferas de atuação, os profissionais de saúde estiveram próximos da realidade de cuidados, prevenção, emergências e urgências, onde muitos não tiveram a opção de “ficar em casa”.

Cada indivíduo percebeu e vivenciou a situação pandêmica conforme suas capacidades e limitações, sejam elas individuais, coletivas e/ou institucionais. Entretanto, a pandemia não foi experiência possível de ser processada adequadamente de forma isolada. Assim, a finalidade deste capítulo é analisar e sistematizar como conhecimento as experiências, iniciativas e percepções que afetaram o cotidiano laborativo e pessoal de usuários e trabalhadores de saúde do município.

Como nas evidências internacionais, buscamos identificar efeitos e respostas à pandemia produzidas nos territórios. Isso coloca em questão, ini-

cialmente, a abordagem predominante da pandemia no Brasil e em outros países, que foi de tratar a doença e seus riscos. Podemos pensar em qual conceito de trabalho estamos querendo tornar visível aqui. De acordo com (Rosseti & Araújo, 2015, p.130) *“Para além do significado de emprego ou de labuta pela sobrevivência, mais ou menos árdua, situamos o trabalho como campo privilegiado de promoção de saúde ou doença (...)”*. E ainda percebemos que o próprio cotidiano acaba provocando este efeito por assumir um papel social e cultural ao homem. Assim, nossa abordagem predominante é sobre a forma como se produz a saúde (ou as saúdes, se formos suficientemente abertos às diferentes expressões culturais e sociais da saúde) nos territórios. Pensar na produção da saúde nos territórios como linha de aproximação aos efeitos da pandemia coloca a dimensão do trabalho em saúde como ponto nevrálgico para a análise.

Nessa perspectiva, o processo de escuta dos trabalhadores e usuários que participaram da pesquisa nos conduz a um diálogo necessário acerca do trabalho individualizado, que se interessa apenas pela produtividade, deixando de lado o caráter social-humanitário. Pensar sobre as condições de trabalho de um SUS antes da pandemia e pós-pandemia. Afinal, o que este cenário que exigiu tanto de todos nós e que ceifou milhares de vidas nos trouxe de mudanças? As práticas sociais foram reconfiguradas na busca intensiva de mitigar os efeitos do vírus, necessitando formulações estratégicas microsociais que atendessem à demanda diante da situação apresentada, onde o nível de atenção e cuidado transpõe os muros institucionais e convida à participação social no apoio e fomento às práticas de saúde.

Conforme menciona Rossetti & Araújo (2015, p.132) *“O investimento nas condições de trabalho, no dimensionamento do número de profissionais e insu- mos, não acompanha o crescimento da população e as demandas locais”*. Menos ainda quando nos deparamos com um evento com a magnitude da pandemia. Ou seja, o encontro com o trabalho real sobrepõe-se ao trabalho prescrito, distancia-se do reconhecimento, do protagonismo e, principalmente, do que se propõe na própria Reforma Sanitária e nas diretrizes do SUS. E o enfrentamento à pandemia criou condições próprias ao trabalho real: não apenas o desgaste e a sobrecarga usuais, mas sucessivos picos de sobrecarga ao longo de mais de dois anos; não apenas déficits estruturais de condições de trabalho, mas um colapso em todo o contexto do trabalho, onde também se inclui as relações socioprofissionais e a organização do trabalho.

Assim, propõe-se como objetivo deste texto, compreender as medidas de enfrentamento à pandemia de Covid-19 utilizadas por usuários e trabalhadores de saúde no município de Manacapuru, no estado do Amazonas. Buscaremos produzir conhecimentos úteis e oportunos a partir das relações do sistema de saúde local com os usuários e as mudanças na rotina de trabalho no cotidiano, com seus aspectos emocionais, a sobrecarga, além de discutir

o tema da descentralização da gestão do trabalho como suporte às ações realizadas nos territórios e serviços. A metodologia busca refletir a partir de apontamentos presentes nas falas dos entrevistados e na oficina aplicada como roda de conversa, realizada em um dos espaços utilizados pelos trabalhadores. Os depoimentos foram tratados por análise temática, com compreensão qualitativa.

Falar sobre o trabalho em saúde, neste período árduo agudizado pela pandemia, nos coloca frente a frente com as lógicas da precarização do trabalho do ponto de vínculos e da produção de subjetividade. Tal fenômeno está relacionado ao que Dawbor (2018) chama de determinações da sociedade do trabalho, que foram emergindo nos últimos quarenta anos por conta de um crescimento neoliberal e de um capitalismo financeirizado, que hierarquiza o trabalho clássico, produtivo e centrado nos fluxos de produção e consumo, e os fluxos impessoais dos mercados financeiros, que prescindem do trabalho humano em escala e, mesmo, dos humanos. Portanto, cabe uma reflexão crítica sobre os efeitos dessa dimensão transversal às políticas públicas no trabalho que se realizou de forma exaustiva na pandemia, sobretudo em relação às formas de sua proteção desenhadas ou não junto às políticas de saúde com todos os seus vieses, ora camuflados ora refletidos em estatísticas. Mas aqui não se trata de construir um ensaio teórico e, portanto, convidamos à escuta das falas dos sujeitos no território de Manacapuru.

OS USUÁRIOS DA UNIDADE: PERFIL E OBSERVAÇÕES DE QUEM TRABALHOU NA LINHA DE FRENTE

O cenário encontrado no primeiro semestre de 2022, à época das entrevistas com os usuários, retratou uma realidade peculiar, mas típica de muitos municípios brasileiros, que evidencia uma maioria de mulheres que ficam em casa no cuidado da família ou que precisam dividir o tempo entre o trabalho externo e os cuidados domésticos. As entrevistas aconteceram junto a 14 (catorze) usuários das Unidades FUNASA 1 e 2, na faixa etária de 29 a 77 anos, sendo 85% mulheres pardas/morenas e uma preta/quilombola. Dentre as situações de trabalho, 03 declararam ser donas de casa, 01 estudante, 01 pensionista, 01 desempregado, 02 profissionais liberais, 01 trabalhadora rural, 03 aposentados, 01 empregada formalmente.

São clássicas as abordagens que demonstram o predomínio das mulheres nas ações de cuidado doméstico e familiar, com uma tendência crescente também no trabalho em saúde. O que é espantoso, no enfrentamento à pandemia, é que o feminino no cuidado foi naturalizado a ponto de não adquirir a textura do gênero. As mulheres não foram mobilizadas singularmente para receber informações sobre a pandemia, sobre os cuidados domésticos, sobre os fluxos nos serviços de saúde, sobre sua própria saúde. Interseccionalmente, tampouco as condições de raça, etnia e de localização

no espaço urbano. Aliás, os benefícios sociais que, tradicionalmente, focam as mulheres, figuras mais permanentes nos domicílios familiares, também descaracterizaram o feminino e, ao longo do ano de 2022, pipocaram denúncias de beneficiários homens, fora dos grupos de pessoas mais vulnerabilizadas, vinculados às forças armadas. O trabalho em saúde em Manacapuru também foi atravessado por esse contexto.

A pandemia de Covid-19, conforme relatos dos trabalhadores, afetou principalmente o cuidado aos idosos, reverberando o medo e o desconhecimento sobre a gravidade da doença nas práticas domiciliares de cuidado. Uma auxiliar de enfermagem fala que,

[...] tinha pessoas que agiam da forma mais radical, isolavam o idoso, quando a gente ia visitar eles diziam que o filho não podia entrar, que eles tinham que se virar e mandava terceiros, e esse idoso chorava e a gente tinha que ficar ali no sol quente do lado de fora, porque não podia entrar, e aí a gente conversava com eles dando atenção, na hora da vacina, porque era a hora que eles tinham alguém [...] (Entrevista 07).

Outras duas servidoras, analisando sua atuação diante das visitas realizadas nas casas de idosos, relembram que,

[...] os idosos porque além de ficar em casa, os meus idosos participam de um grupo de atividade física, então a diversão que eles tinham eram essa, de praticar a atividade física deles. Uma vez na semana, duas vezes. Aí então foi proibido. Então, para eles, eles passaram muito tempo assim, não foi legal para eles. Agora que eles estão voltando, as atividades deles de rotina [...] (Entrevista 05).

[...] os idosos, por não poderem sair de casa, os novos tinham que sair para trabalhar, outros iam mesmo andar por aí e traziam as doenças para eles que tinham tanto cuidado. E aí eu acredito que foram eles quem mais sofreram no começo, né [...] (Entrevista 06).

A população idosa foi exposta agudamente à pandemia e teve atravessamentos das políticas oficiais de enfrentamento, onde foram transformados em grupo de risco, e nas práticas de cuidado, onde oscilaram de um cuidado mais protetivo até o esquecimento, em ressonância à violência institucional e pessoal. A falta de orientação sistemática aos familiares, sobretudo às mulheres cuidadoras, como ação de promoção da saúde, deixou as práticas de cuidado aos idosos ao movimento espontâneo.

As mulheres, as mulheres negras, as mulheres indígenas, as mulheres quilombolas, as mulheres idosas, a própria condição do feminino, inclusive quando se refere às mulheres lésbicas ou trans, foram esquecidas nas ações de en-

frentamento à pandemia e esse esquecimento atravessou a capacidade das respostas oficiais e as dinâmicas nos territórios. O principal marcador desse esquecimento foi o silêncio: nas falas oficiais e nas falas populares, que são sempre representação social e, portanto, enxarcadas da cultura predominante. O silêncio, entretanto, não representa a intensidade das ações de cuidado nos territórios, com uma afirmação importante das mulheres, das mulheres negras, das mulheres pobres, das mulheres com mais idade.

OFICINA COM OS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como recurso metodológico de produção de dados, também se realizou uma oficina com os trabalhadores. Revisitando os aspectos metodológicos, conseguimos explicitar de que modo ocorreu a atividade no município. A equipe do Projeto *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”* entrou em contato inicialmente com a Secretaria de Saúde do Município de Manacapuru, solicitando o apoio para a realização da oficina e coleta de dados com os profissionais e gestores de saúde. O perfil solicitado era (1) Gestor de Atenção Básica; um (1) Gestor Vigilância em Saúde e dez (10) profissionais de saúde de Estratégia Saúde da Família com a metodologia a ser aplicada in loco. Após o contato com a Secretaria, foi agendada uma data para a viagem, realizada pela Estrada Manuel Urbano (AM-070), com duração de cerca de 1h e 30 minutos. A equipe realizou a atividade em dois momentos. Na parte da manhã, a oficina, e à tarde as entrevistas.

Os 14 (quatorze) participantes da oficina eram profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da coordenação da Vigilância em Saúde, lotados na Unidade Básica de Saúde Gaspar Fernandes e Unidade Básica de Saúde Funasa I em Manacapuru. Em sua maioria, Agente Comunitários de Saúde contratados da Prefeitura do Município. A oficina foi realizada no próprio espaço da UBS por meio planejamento orientado por objetivos - ZOOP e Roda de Conversa. A atividade foi iniciada com uma acolhida e explicação sobre a pesquisa, a qual tem por objetivo avaliar os efeitos das informações e propor estratégias de prevenção da Covid-19 que dialoguem com os modos de vida da população. Seguindo o roteiro, foi aplicada a dinâmica de *“Troca de Papéis”*, uma dinâmica quebra-gelo entre os participantes realizada em dupla, onde eles trocaram informações como nome, atuação e alguma característica pessoal relevante. E depois cada um apresentava o colega à turma como se fosse ele, possibilitando maior interação, descontração, além de tornar o ambiente mais acolhedor. E assim, a equipe seguiu explicando como ocorreria o método ZOPP da oficina, explicando cada etapa conforme ela foi sendo aplicada. A ideia principal aqui era, a partir dos problemas apresentados e discutidos, chegar à sis-

tematização de proposições que pudessem refletir e até executar como trabalhadores daquela equipe.

As etapas da oficina consistiam no seguinte roteiro: a) identificação dos problemas; b) agrupamento dos problemas por temas e identificação do problema central; construção da árvore explicativa dos problemas com um diagrama em forma de árvore, sendo o caule como problema central, as raízes seriam as causas; a copa os efeitos/consequências; e por fim, a elaboração do plano para a resolução dos problemas com a devida sistematização das demandas em uma matriz definida por objetivos, ações, metas e produtos. Ao final, os participantes foram convidados a avaliar a atividade conforme suas impressões e solicitado aos que, assim desejassem, enviassem posteriormente um texto sobre sua experiência durante a pandemia de Covid-19.

A oficina consolidou-se em um momento de fala, de participação e encontro para um diálogo dos trabalhadores sobre a ótica vivenciada em seu território. Dentre os principais problemas apresentados pelos participantes descrevemos no quadro a seguir:

Quadro 6. Descrição dos problemas

Problemas identificados
As pessoas entenderem que precisam usar máscaras
Paciente que testa positivo e não adere ao tratamento
Dificuldades na prestação de serviços em tempo adequado devido ao número elevado de casos de Covid-19
Funcionários sobrecarregados porque só funcionava uma UBS como referência durante a pandemia
Falta de profissionais durante primeira fase da pandemia
Poucas unidades de referência no primeiro ano da pandemia
Falta de profissionais devido ao adoecimento dos mesmos
Conscientização dos usuários sobre a vacinação
Dificuldades de entrar nos domicílios para o controle de endemias
Medo de se infectar
Falta de acompanhamento referente à saúde mental, tanto de usuários quanto de funcionários
Falta de comunicação no dia a dia de trabalho que prejudicam os usuários

Fonte: elaboração própria.

Nos diálogos realizados durante a oficina, o problema central estabelecido pelo grupo foi a existência de poucas unidades de referência para o atendimento de pacientes com Covid-19. Este problema foi transformado, a posteriori, no objetivo geral de uma futura ação, o qual seria “*Ampliar o quantitativo de Unidades de Referência no Município*”. As causas do problema central, então, tornaram-se os objetivos específicos, sendo eles: a) Descentralizar as

ações de saúde para o enfrentamento da pandemia; b) Criar estratégias para o acompanhamento das atualizações sobre a Covid-19. Veja-se, desde aqui, uma sobreposição evidente: como nas abordagens da mídia, que propagaram a imagem de ações com grande densidade tecnológica, como a interação em leitos de UTI e suporte ventilatório, a sensação predominante dos trabalhadores foi o déficit de serviços especializados, para o que contribuiu a condição de dúvida e pouca orientação com que os trabalhadores da saúde agiram durante a pandemia; mas, ao mesmo tempo, a proposição central foi de descentralização, ou seja, desconcentração das atividades para outros serviços. Nas experiências internacionais, o maior êxito se deu quando a promoção da saúde atuou fortemente nos territórios.

As possíveis ações que poderiam ocorrer para o objetivo geral e específicos foram construídas e os trabalhadores as definiram como: Objetivo Geral: *“Ampliar o quantitativo de Unidades de Referência no Município”*, a ação seria: Realizar rodas de conversa com os usuários (incentivando a participação popular na luta pela ampliação do serviço). E para os objetivos específicos: Objetivo específico 1: Descentralizar as ações de saúde para o enfrentamento da pandemia, a ação seria levar profissionais especializados até o domicílio; palestras nas escolas e nas UBS e panfletagem nas casas e nas ruas. Para o objetivo específico 2: Criar estratégias para o acompanhamento das atualizações sobre a Covid-19: a ação seria manter o fluxograma atualizado, através da Educação permanente; Participação em palestras educativas sobre a Covid-19 e monitorar o paciente através de telefone ou pessoalmente no período de 14 dias. Há uma evidência forte aqui: os trabalhadores se deixam contaminar pelo imaginário tecnológico e especializado num primeiro momento, mas o ocupam por ações nos territórios, descentralizadas, envolvendo educação permanente em saúde e diálogos com as gentes de cada localidade.

Durante a oficina, os participantes puderam relatar suas angústias, alguns recordaram momentos difíceis que passaram tanto com seus familiares quanto com os usuários. O desafio de lidar com pessoas contaminadas pelo vírus atravessava o medo de também ser contaminado. Ou de contaminar familiares e amigos. Na dimensão micropolítica, a ordem simbólica do *“isole-se”* das orientações sanitárias também incluiu o *“cuidado, você pode contaminar seus próximos”*, com uma radicalidade subjetiva ainda mais forte, do medo de não apenas não realizar seu trabalho, mas de, fazendo, ampliar a cadeia de transmissão. Nas experiências internacionais, como nos serviços especializados em cuidados paliativos, abrir espaços de escuta foi uma estratégia para tornar o cuidado um trabalho menos penoso.

Conforme a cartilha do Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2020), é comum que o sentimento de exaustão ou estresse emocional sob situações de pressão no trabalho produza alguns sintomas. Trabalhadores, enquanto

exerceram suas funções na resposta à Covid-19, reagiram de forma diferente, algo comum de se esperar. As situações comuns podem estar relacionadas a novos desafios, jornadas mais longas, dificuldades com quantitativo de EPI, lidar com estigma e, por vezes, até discriminação pelo risco da contaminação e do contato direto com os pacientes. Outros vivenciaram a dicotomia entre ficar de quarentena ao ser infectado e a preocupação com o cuidado de outros parentes. Os sintomas físicos do estresse, no período de resposta à Covid-19, podem apresentar dores de cabeça, dificuldade na alimentação ou sono e quanto aos sintomas comportamentais, há pouca motivação para o trabalho, aumento de álcool e drogas e até mesmo o distanciamento das atividades espirituais.

MUDANÇAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA ROTINA E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

De acordo com o relato dos trabalhadores do Centro de Saúde FUNASA 1, unidade em que foi aplicada a pesquisa para o levantamento das práticas e vivências no enfrentamento à Covid-19, sendo um dos locais de referência em atendimento a pessoas diagnosticadas com o novo coronavírus, as mudanças foram muitas. Pontuam que, com a chegada da vacina, ocorreu uma flexibilização da população em um dos cuidados preventivos relacionados ao uso de máscaras de proteção, na ocasião, a utilização da mesma ainda era obrigatória em ambientes abertos.

Referente ao uso da máscara pelos profissionais de saúde, adotada desde o período pandêmico, a utilização desse recurso ainda é obrigatória nas unidades de saúde do município.

[...] com relação ao uso obrigatório de máscara, que a gente não tira pra nada mais, né...isso aí é uma mudança que a gente não consegue...às vezes em todo lugar é gente usando máscara ...por aí as pessoas já pararam, nas casas dos pacientes e dentro da UBS a gente anda tudo de máscara [...] (Entrevistado 01).

[...] somos obrigados a usar máscaras principalmente aqui dentro, por mais que a gente não queira mais, mas é necessário mostrar para os pacientes que ainda existe o vírus [...] (Entrevistado 02).

[...] a gente conseguiu com muito esforço, porque no começo nem todo mundo conseguiu entender direito, precisou fazer uma segunda rodada de educação permanente nas unidades de saúde junto com as equipes [...] (Entrevistado 03).

A saturação da orientação sanitária mais elementar, de uso de máscara, na vida cotidiana, provavelmente também representou outras dimensões do excesso de interferências da pandemia na vida das pessoas. Ora apre-

sentada como uma ação higienista, que dificulta a aproximação com outras pessoas, ora como uma ação de proteção reconhecida como tal, o uso de máscaras parece traduzir a queixa mais óbvia dos efeitos da pandemia nos modos de viver, trabalhar e circular pelo território. Aparentemente simples, é importante que seja compreendida também nas dimensões micropolíticas: o custo das máscaras foi impeditivo de acessá-las para uma parte da população, os movimentos comunitários de confecção e fornecimento de máscaras foi uma das ações comunitárias de proteção muito frequentes, as máscaras produziram novos padrões de comunicação e socialização, a orientação para o uso de máscaras esteve submetida também à ação do mercado (as máscaras com maior proteção e maior custo não podiam ser produzidas localmente, máscaras coloridas passaram a compor o visual dos corpos e demonstrar capacidade de aquisição, o duplo máscaras e álcool gel passou a ser um acessório utilizado duplamente para mostrar cuidado e distanciamento social). Enfim, máscaras de proteção tornaram-se cotidianas e nem sempre parte das orientações regulares dos trabalhadores de saúde às pessoas que procuram cuidados, vez que os inúmeros cartazes espalhados pelas paredes parecem ter suprido essa condição.

A relevância das ações de Educação Permanente em saúde, que tem como dispositivo central a reflexão sobre o trabalho e a partir do trabalho nos sistemas e serviços de saúde, ficou evidente nas iniciativas que fizeram muita diferença nos territórios e, também, com efeito oposto, onde o enfrentamento não foi muito bem-sucedido. Essas ações, que colocam os profissionais como agentes de transformação, foram essenciais para adequação e entendimento das rotinas do trabalho necessário para o enfrentamento da crise sanitária, corroborando com a atuação dos profissionais de saúde que produziram mudanças sociais de saúde. A EPS não é apenas a produção de conhecimentos e tecnologias aplicadas ao trabalho, mas, também, ações de cuidado com os trabalhadores e trabalhadoras. Falar sobre o que precisa ser feito, sobre as dificuldades do fazer cotidiano e construir a força de rede para as mudanças necessárias ao trabalho que, no caso da pandemia, incluía compartilhar dúvidas, medos e insucessos, é uma estratégia de gestão do trabalho que reduz sofrimento e amplia a capacidade de cuidado.

A proposta da Educação Permanente, segundo a análise de Ceccim (2005), aponta o *“desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”*. Com isso, as mudanças se dão a partir de processos de ensino/aprendizagem em saúde em termos macrosociais, que se desenham diante das necessidades dando destaque a atuação no campo microsocial que se assentam nas atividades de educação em saúde.

Capacitações, formação em serviço e atualizações técnicas foram utilizadas

como intervenção para ampliar o entendimento acerca das estratégias de aprendizado e conhecimento para o combate do vírus. As evidências mostram que seja como política de desenvolvimento do trabalho do SUS, seja como dispositivo de cuidado ao trabalhador, a educação permanente em saúde não esteve muito presente nas dinâmicas dos serviços. Diferentemente das ações de reconhecimento (cursos, formação, capacitação), a EPS mobiliza os agentes do trabalho e desenvolve as ações, empoderando os profissionais de saúde que são o eixo entre serviços de saúde e população, que busca formas de repassar as informações. O distanciamento geográfico impactou na promoção da saúde, expandindo as ações e iniciativas que deveriam correr pelos territórios, em oposição às notícias falsas distribuídas nos grupos religiosos e familiares, além de outras medidas de controle da doença, fazendo com que os profissionais de saúde se reinventassem em suas respectivas atividades de campo. O trabalho no SUS em Manacapuru precisou da capacidade inventiva dos seus agentes, como demonstra o depoimento a seguir.

[...] nós não tivemos acesso mais às casas, nós andávamos com o nosso álcool, todo mundo tinha o seu álcool em gel, e nós atendíamos as pessoas de fora da casa, e mais por via celular, contato para aqueles que ficaram adoecidos, ninguém tinha acesso à casa das pessoas[...] (Entrevista 1).

Estudos realizados ao longo da pandemia discorrem sobre um dos sistemas de acesso à saúde e de inovação utilizados no período pandêmico, sendo um dos recursos de atendimento e assistência à saúde mais utilizados como estratégia para que a população não ficasse desassistida, os atendimentos via telefonia móvel, com a presença física limitada pelas circunstâncias, fizeram com que profissionais de saúde realizassem orientações, atendimentos e escuta frente às demandas, para assim oferecer apoio aos que necessitavam.

ASPECTOS EMOCIONAIS DOS TRABALHADORES E A SOBRECARGA DE TRABALHO

Os trabalhadores de saúde estiveram, literalmente, à frente do enfrentamento da maior crise sanitária instaurada no mundo contemporâneo. As ações de cuidado e prevenção impactaram suas vidas no meio social, familiar, coletivo e profissional, tendo que adequar suas atividades e, muitas vezes, fazer além do que deveria ser feito para que conseguissem salvar vidas, entrando em seus locais de trabalho num determinado horário e sem hora para sair, vendo colegas de trabalho morrer, filas quilométricas se desenharam todos os dias na porta das unidades de saúde, com isso, a saúde mental e emocional não poderia passar ilesa.

Ao serem questionados sobre as necessidades de cuidados psicológicos para si ou para alguém da família, as respostas seguem descritas:

[...] precisou, mas não teve[...] (Entrevista 02).

[...] precisar, precisou, mas não teve a consulta de fato com o especialista[...] (Entrevista 03).

[...] Eu fiquei com princípio de ansiedade, muita ansiedade [...]. [...]Eu lutei muito contra isso, contra o meu psicológico, cheguei várias vezes na estrada e parava porque não conseguia mais dirigir só chorando, eu tremia e ainda me dava medo, um medo, uma ansiedade [...] (Entrevista 04).

[...] chegou um momento que quando você vê aquelas pessoas morrendo, você quer parar de trabalhar para não ser o próximo [...] (Entrevista 06).

É relevante destacar a importância dos cuidados com a saúde mental e emocional antes, durante e após a crise sanitária. Muitos profissionais tiveram que enfrentar as dificuldades do pouco conhecimento e incertezas sobre o vírus, a sua letalidade e o impacto causado mundialmente na vida profissional e pessoal desses atores que foram fundamentais no período pandêmico e pós pandêmico. Sem considerar que o sofrimento mental também é uma das sequelas mais frequentes da pandemia.

O que pouco se sabe é sobre as políticas de atenção à saúde mental desses agentes intermediadores do cuidado frente à pandemia mundial, os profissionais de saúde, que primam em suas ações laborativas pela saúde em sua integralidade, diante do cuidado relacionado à sua própria saúde mental o que é possível perceber é que ainda é pouco assistida, quando deveria ser tida como prioridade, ou não menos importante que a saúde física.

Se uma crise sanitária não escancara a necessidade de discutir ações em cuidado, prevenção e atenção à saúde mental, a dimensão de sofrimento psíquico vivido por pessoas, grupos, nações e lugares precisa ser repensado para além dos estigmas e preconceitos e se assentar no discurso dos que sofreram e/ou sofrem pelo impacto da pandemia. Tratar a saúde mental como uma condição básica para a manutenção da saúde precisa ser efetivamente promovido, especialmente após um período pós pandemia. Quanto se sabe sobre os indivíduos que precisam de cuidado relacionado à saúde mental, mas que não procuraram ajuda ou buscaram enfrentar suas emoções como se enfrenta um vírus desconhecido, que assim como o vírus, em muitas situações deixou sequelas.

A NECESSIDADE DA DESCENTRALIZAÇÃO: DIÁLOGOS SOBRE A DINÂMICA E A FORÇA DE TRABALHO

O ponto chave das discussões na oficina com os trabalhadores na Unidade de Saúde nos remete à uma reflexão acerca da lógica do aglomerar duran-

te a pandemia. Segundo os trabalhadores, ocorre que, se a ideia era não aglomerar, então por que centralizar todos os atendimentos em apenas uma unidade? Conforme relata uma entrevistada na equipe, a escassez de médico também influenciou

[...] Principalmente de médicos, porque assim, você viu o pessoal desmaiando passando mal era muito triste você ver as pessoas chegar com falta de ar e acredito que o que mais me entristecia era algumas pessoas íntimas falarem fora daqui: isso não existe, isso eles estão fazendo para ganhar dinheiro em cima da população, não tem tudo isso de positivo [...] (Entrevista 04).

Neste momento também, a população sentiu falta de outros pontos de atendimento para exames de diagnóstico, por exemplo. Um relato nos traz “[...] eles faziam aqui na FUNASA, né, que ficou como referência no início e depois centralizou para a UBS. Raio x fazia no hospital [...]” (Entrevista 05). A cultura biomédica de cuidado em saúde torna central no imaginário dos trabalhadores e de parte da população que acesso a procedimentos e cuidados profissionais, submetidos à hierarquia da densidade tecnológica e corporativa, é a principal oferta do sistema oficial de saúde. Além de subjugar conhecimentos e práticas tradicionais e dos territórios, esse imaginário naturaliza o produtivismo e a tecnificação do cuidado, com déficits visíveis à integralidade do cuidado e à produção de autonomia. As normas institucionais estabelecem metas, impõem a lógica da produtividade, que frequentemente conflita com as condições reais de trabalho. Por vezes, essa discrepância não é percebida por alguns trabalhadores, pois o processo acaba levando à exaustão e ao pensar que as limitações não são cabíveis de mudanças.

A reflexão que se faz é: há, portanto, um processo de incubação de déficits de integralidade no interior dos serviços de saúde. Afinal, em qual proporção a valorização da vida se torna um ponto de real interesse que provoque um dimensionamento de pessoal capaz de atingir os objetivos da força de trabalho. Ao falar do trabalho em saúde pública, Hennington (2011) afirma que,

É um trabalho relacional e de caráter coletivo; mistura trabalho intensivo e tecnológico com troca de saberes e de afetos; coloca em xeque diariamente subjetividades na interação e no lidar com o sofrimento humano... (...) Para além das discussões puramente teórico-conceituais, é trabalho de gente com gente, o que irremediavelmente nos remete a um plano pluridimensional, de indefinições e de renormalizações que se constituem no âmago das relações e da solidariedade, de defesa da vida, este o ponto comum (p.449).

Como alertou Merhy (2002), a alma do cuidado é o trabalho vivo, alcançado com uma combinação flexível entre tecnologias duras, leve-duras e leves, que é gerida por tecnologias leves. Nem a negação da ciência e

da tecnologia, nem o seu endeusamento, que torna o discurso técnico quase uma profecia, uma tradução do dogma da ciência medieval. Os processos de educação permanente em saúde, no cotidiano dos serviços, precisam permitir a reflexão densa sobre o trabalho, amálgamas de solidariedade e compromisso ético entre trabalhadores e usuários dos serviços, o cuidado e o acolhimento institucional aos trabalhadores e trabalhadoras, mas, também, platôs crescentes de autonomia no trabalho exercido de forma comprometida com a ciência e com o cotidiano. Desendeusar profissões e desnaturalizar a dimensão técnica como expressões do trabalho em saúde é etapa fundamental para reduzir a asfixia que o trabalho penoso e desprotegido dos trabalhadores da saúde. Mas é preciso que os agentes do trabalho ocupem o lugar da defesa das vidas nos territórios, com diálogo e construção compartilhada. O que significa também, enfrentar falas que depreciam a vida e naturalizam a morte, como alertou a entrevistada 04.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, sistematizamos as evidências do enfrentamento da pandemia no município de Manacapuru na perspectiva de usuários e trabalhadores. O eixo central da reflexão foi o trabalho em saúde e seus agentes, com estratégias de escuta a usuários e aos próprios trabalhadores. Entramos em contato com o cuidado aos usuários e a interseccionalidade à qual estão submetidas as mulheres e os idosos diante da pandemia de Covid-19. Os trabalhadores de Manacapuru descrevem processos de trabalho vivos e criativos, em contextos de produtivismo, pressão de metas e colonizado por imaginários reproduzidos nas mídias e na cultura vigente, vindos de um conhecimento colonialista e de políticas nacionais que desconsideram as condições locais. Processos de trabalho que agravam a fragilidade dos vínculos empregatícios e o sofrimento dos trabalhadores, inclusive com o negacionismo de pessoas e grupos.

Chegamos ao final do capítulo nos perguntando: que caminhos têm sido possíveis desenhar para um SUS na Amazônia? Desde sua implantação tivemos ganhos com a ampliação de acesso aos serviços, mas diante de uma pandemia, o quanto estamos preparados nos aspectos emocional, social e político para sua execução diante de políticas que se desencontram? O município de Manacapuru, tão perto e, ao mesmo tempo, tão distante, compõe-se de profissionais que, em sua maioria, tem contato com a cidade, por se tratar de uma região metropolitana. Até onde essa situação nos aproxima dos saberes ou nos enfraquece com o sentimento de impotência que as condições de trabalho acabam proporcionando.

Outro fator foi trabalhar diante de lutos. Luto de familiares, pacientes, colegas, separações, perda de renda financeira. Um sentimento de vazio que foi

sendo superado ou não pelo apoio ao próximo e, muitas vezes, não apenas na rotina de trabalho na Unidade de Saúde, mas nas ações voluntárias. O que fez fortalecer aquele coletivo de trabalhadores mesmo diante de uma sobrecarga causada pela pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

Ceccim, R. B. (2005) Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2005, v. 9, n. 16 [Acessado 1 setembro 2022], pp.161-168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>>. Epub 08 Set 2005. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

Dawbor, L. (2018). **A era do capital improdutivo**. São Paulo, Autonomia Literária.

Ferla, A. A.; Schweickardt, J. L. Capellari, A. P.; Santos, W. P. (2022). O sistema de saúde e o enfrentamento à pandemia em Manacapuru/AM: matizes da diversidade na resposta local. In Schweickart, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M.; Guedes, T. R. O. N. & Reis, A. E. S. (Orgs.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Editora Rede Unida.

Hennington, E.A. (2011). Entre o criativo e o precário: reflexões sobre contrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: Gomez, C.M.; Machado, J.M.H.; Pena, P.G. L. (Orgs). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, p. 433-452.

Inter-Agency Standing Committee. IASC (2020). **Aptidões Básicas. Um guia para profissionais na resposta à Covid-19: esboço final**. Esta publicação foi publicada sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial- ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Tradução em Língua Portuguesa: Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise (CAPIC) - Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – Ministério da Saúde - Portugal. Acessado em 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://opascovid.campusvirtualsp.org/sites/opascovid.campusvirtualsp.org/files/aptidoes_psicossociais_basicas_um_guia_para_profissionais_na_resposta_a_covid-19.pdf>.

Merhy, E.E. (2002). **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Rosseti, C.C.; Araújo, J.N.G. (2015). **Trabalho no SUS e a saúde no trabalho: possibilidade ou paradoxo?** In: Araújo, J.N.G; Ferreira, M.C; Almeida, C.P. p. (119-137). 1.ed Opção: São Paulo.

RESSOAM EM NÓS AS MARCAS DO QUE VIVEMOS:

a micropolítica do trabalho
na visão de profissionais e
gestores em Manicoré, Am

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Fabiana Mônica Martins
Sônia Maria Lemos
Júlio Cesar Schweickardt
Maria Adriana Moreira

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 chegou no Amazonas no início de 2020 e, em poucos meses, já alcançava a maioria dos municípios do interior. Também chegou a Manicoré, localizada na conexão entre as capitais Manaus e Porto Velho. Manicoré, está situada às margens do rio Madeira, com população estimada de 57.405 habitantes (IBGE, 2021) com área territorial de 48.315,023 km², sendo a densidade demográfica de 0,97 hab/km².

As características socioeconômicas, educação, território, bem como os planos de contingência e portarias de regulamentação de enfrentamento à pandemia, estão descritas no capítulo que leva o título “*A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de Covid-19*”, que compõe o primeiro livro da pesquisa “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”. O livro foi publicado no início do presente ano sob título “*Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato*” (Schweickardt, et. al., 2022, p.140-161).

De acordo com informações da Secretaria de Saúde do Município, o total de casos de Covid-19, desde o início da pandemia até o mês de agosto de 2022, foi de 8.465. No ano de 2022, até o mesmo período, foram registrados 2.313 casos, sendo 853 no Distrito de Santo Antônio do Matupi, localizado às mar-

gens da Rodovia Transamazônica (BR-230). O número total de óbitos registrados no município é de 109 (SEMSA, 2022). À medida em que avança a vacinação, se percebe uma diminuição no número de casos e no número de óbitos, sendo que até agosto de 2022 ocorreram 6 óbitos.

Ao longo do presente texto, apresentamos uma análise dos aspectos que evidenciam os efeitos da Covid-19 na organização do trabalho em saúde, no processo de cuidado, na saúde do trabalhador que nos possibilitaram identificar as forças e estratégias locais. Também foram registradas narrativas sobre as condições de trabalho e da realização de ações e serviços no enfrentamento à pandemia, por parte das(os) trabalhadoras(es) da AB, e seus esforços para a superação dos desafios apresentados, seja pela escassez de recursos materiais, seja pela perda ou afastamento dos colegas que também sofreram com a doença ou, mesmo, pela escassez de informações confiáveis e capazes de orientar as práticas no cotidiano do trabalho.

Abordar esse tema e suas interfaces é de suma importância, pois traz à luz potencialidades e dificuldades na organização da Atenção Básica durante a pandemia de Covid-19 e aponta estratégias e alternativas que podem auxiliar ou ajustar dispositivos, equipamentos e serviços para a busca de maior resolutividade e suporte para as equipes ESF, na realização do cuidado em saúde da população.

Importante ressaltar que, sob a ótica dos gestores e profissionais de saúde, foi possível articular e ampliar a percepção sobre os desafios que se apresentaram, como foram superados e as problemáticas que permaneceram para serem resolvidas. O cuidado em saúde na AB durante a pandemia se apresentou como fundamental. No entanto, o pouco conhecimento sobre a doença e a potencialidade da disseminação do vírus, por vezes, impossibilitou a identificação de estratégias ágeis e eficazes a curto prazo. As dificuldades de acesso a recursos, materiais e a falta de estrutura adequada impactaram os serviços, os profissionais e os usuários e, de certa forma, demonstram os efeitos de um imaginário social e sanitário em que a densidade tecnológica dos serviços de referência especializada é segura e suficiente para produzir saúde, o que é um equívoco, sobretudo em relação aos problemas complexos do cotidiano dos territórios. Desta forma, foi necessário reorganizar as demandas e a forma de avaliá-las, bem como criar outros dispositivos para acessar usuários frequentes de seus serviços.

Nos territórios amazônicos, compreendidos como territórios líquidos (Schweickardt *et al.*, 2021), a complexidade da produção de saúde se traduz em diferentes noções de tempo e espaço, da interação das pessoas com o ambiente, das rizomáticas redes de saberes e fazeres construídas com lógicas oficiais e populares, da presença oscilante das políticas oficiais e condições de infraestrutura adequadas, da existência de redes vivas para o cuidado e a proteção

das vidas. Não há condições ideais, como em todo território, e as condições possíveis são amalgamadas a muitas mãos.

Há uma perspectiva neste olhar e na percepção trazida pelos participantes do grupo focal e da oficina, que nos levam a algumas questões: quem cuida de quem cuida? Quais as condições para a aprendizagem em ato, no cotidiano, da produção de saúde no território vivo? Como se configuram relações de poder e como se espraiam para a produção ou não, do cuidado? Como são avaliadas as demandas, quando emergem de suas e seus trabalhadores, quando exercem suas atividades na exaustão e exauridos de recursos pessoais e profissionais?

É necessário engendrar no trabalho em saúde um espaço-tempo de expressão e reflexão sobre o tempo vivido e presente, no cotidiano dos serviços, na dialogicidade com o inesperado, na construção de vias e possibilidades de ação e interação, ali, em ato. Pensar no possível feito e produzir meios de seguir, de aprender a aprender, no sentido Freiriano de estar/ser em processo nas relações com o outro, colega, usuário, familiar, amigo. O trabalho em saúde no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) não é para heróis ou semi-deuses; é para pessoas que gostam de gente e que, como condição do humano, aprendem no cotidiano.

Viver a pandemia e atuar no seu enfrentamento desde a AB se configurou em desafios e oportunidades, em dificuldades e potencialidades de um território que é vivo, que é criador de coisas. E é isso que está posto neste capítulo, não de forma estática, mas a partir do movimento das narrativas dos gestores e trabalhadoras(es). Eles relatam suas dimensões humanas e suas limitações e possibilidades profissionais quando não são apoiados por políticas de enfrentamento às emergências sanitárias, como a da Covid-19.

Ao refletir sobre o trabalho na pandemia, se produz conhecimentos e tecnologias que podem fecundar a ação do sistema local de saúde nos territórios, também nas condições regulares, quando a saúde pode ser produzida com intensidade e os agentes do trabalho acumularem fôlego e aprendizagem para as próximas crises, que sempre assolam as saúdes nos territórios. No tempo em que o capítulo é concluído, também se produz esperança numa gestão federal do SUS mais inclusiva.

PERCURSO METODOLÓGICO

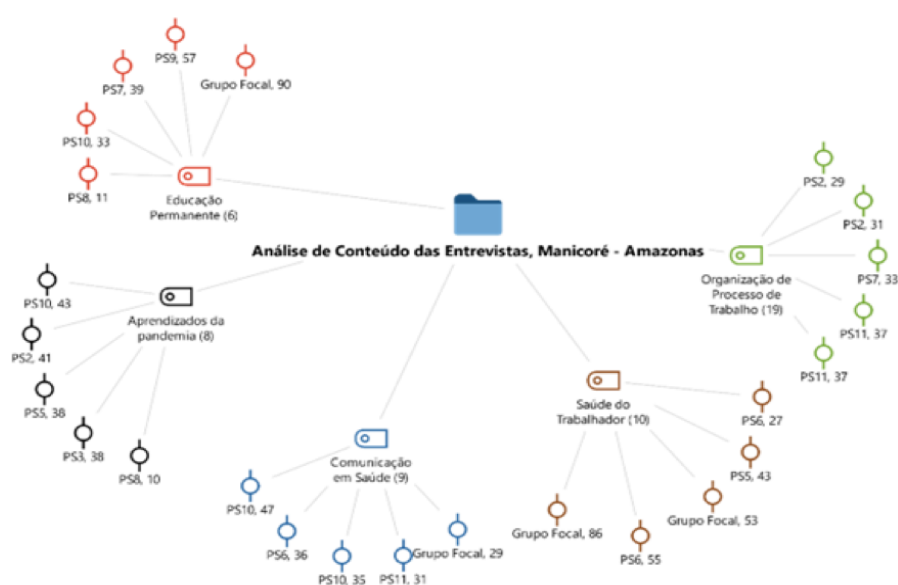
Para este ensaio, utilizaremos as transcrições da oficina (grupo focal e entrevistas) realizada no município de Manicoré, em maio de 2022, com profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), coordenação da Vigilância em Saúde e a gestão municipal, ao todo foram 15 participantes. A oficina foi dividida em duas etapas, na primeira, foi realizado o Planejamento Orientado

por Objetivos - ZOOP e Roda de Conversa e na segunda etapa foram feitas entrevistas com os profissionais a partir de um questionário.

A análise foi realizada considerando um híbrido de conteúdos e enunciações que emergem das falas. Ou seja, não se dobra à condição representacional das falas, buscando emergências e forças, num movimento arqueológico e genealógico ao mesmo tempo. Essa é a potência singular do trabalho em saúde e dos seus agentes, no contato com o território líquido (Schweickardt et al., 2021), sobretudo com as suas gentes e interações que fazem com o ambiente. Como registra Laura Feuerwerker (2014), o trabalho em saúde é complexo e dependente dos 'sujeitos reais' que, produzem e são produzidos concomitantemente. Foi essa a perspectiva que norteou os diálogos com os trabalhadores.

Além disso, foram analisadas, com o auxílio do software Maxqda, versão 2022.3 e a partir das etapas de análise de conteúdo com base em Bardin (2011), assim como nos enunciados que se tornaram visíveis pelo silêncio ou por sussurros mais frágeis do que a fala dos participantes, emergiram das falas as seguintes categorias: 1. Organização de Processo de Trabalho; 2. Educação Permanente em Saúde; 3. Saúde do trabalhador; 4. Aprendizados da pandemia e 5. Comunicação em Saúde (Figura 15). Neste texto abordaremos as quatro primeiras categorias, tendo em vista que a quinta categoria foi analisada no capítulo 3 deste livro.

Figura 15. Categorização das entrevistas de Manicoré, Amazonas.



Fonte: elaboração própria.

ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO EM DEFESA DA VIDA

A categoria organização do processo de trabalho esteve abundantemente atravessada pela micropolítica do trabalho, o trabalho vivo em ato, a produção de subjetividades, que, inspirados em Rolnik (2014), chamamos de criação de mundos. Essas criações são visíveis tanto pelo olho vibrátil quanto pelo olho retina¹⁵. A combinação dos conceitos de trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) e de território líquido (Schweickardt *et al.*, 2021) sustenta as emergências e os conteúdos captados na comunicação dos participantes.

A primeira fala que escolhemos apresentar parece até um paradoxo, pois o fato de não ter um protocolo para covid, de certa forma, convocou ao trabalho vivo e protegeu a população. Quando chegam os protocolos “cloroquines” a saúde melhorou?

Nós não tínhamos diretrizes e protocolos da pandemia, então as mudanças vieram de acordo com os artigos, confirmações, exames, medicamentos né, orientações de acordo com o Ministério da Saúde e Organização Mundial também, que o protocolo ia modificando, então nós nos adequávamos aos protocolos vigentes (PS2; Posição: 27).

Nesse sentido, diante de um Ministério da Saúde que atuou à deriva da ciência, que trocou seus ministros no mínimo três vezes durante a pandemia e que teve seus titulares com ações subservientes aos comandos negacionistas da Presidência da República, é compreensível que os trabalhadores dos sistemas estaduais e municipais de saúde sintam uma certa segurança diante dos protocolos vindos do *modus operandi* da União. Ainda assim, percebemos uma força criadora local:

Então nós tivemos que ir fazer as nossas diretrizes, fazer os protocolos, dar o medicamento, o atendimento domiciliar, muitas vezes era necessário fazer em casa porque o paciente ou era idoso, ou era cadeirante ou era uma pessoa que tinha pouca mobilidade, então nós saímos do ambiente de trabalho aqui do local físico e íamos nas casas (PS2; Posição: 29).

Ir até a casa das pessoas já é uma atividade cotidiana da atenção básica, entretanto, há aqui outras possibilidades se abrindo, há uma perspectiva de reinvenção de cuidar da vida. Há um deslocamento que a equipe se vê mobilizada, há um movimento de atualização das práticas com base nas tensões de racionalidades, nos diria Madel Luz (2009).

15 - Entendemos, a partir de Rolnik, que pelo olho vibrátil são captados movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras coisas. Abrem-se espaços onde os afetos podem passar. Desse modo o olho vibrátil é diferente do olho retina, pois ele capta intensidades e vibrações.

Há que se pensar, em meio a uma pandemia, na operação das relações de poder no ambiente de trabalho, na produção do próprio saber, na fabricação das relações com o outro. Enfim, há de pensar e operar nos processos de subjetivação em defesa da vida, então,

toda equipe fomos pra rua fazer aquela orientação do uso, era muita resposta que a gente recebia, então esse foi um dos problemas que a gente enfrentou (Grupo Focal; Posição: 26).

Em que contexto eu vejo “*toda equipe*” fazendo educação em saúde??? Quando o cuidado de um consultório médico (ou de enfermagem, ou de dentista) não dão mais respostas às necessidades de saúde da população? É necessário observar aqui a micropolítica do cotidiano do trabalho, os modos de produção do cuidado. Eles sempre serão o campo de disputa que tem hélice o processo de trabalho.

nós ensinávamos as maneiras de proteção, o tratamento específico, fazíamos também rodas de conversa sobre distanciamento, nós íamos nas casas conscientizar [...] (PS2; Posição: 31).

Por isso, o trabalho vivo em ato (Merhy, 2002)¹⁶, passa a ser um campo de formação e de possibilidade de transformação das práticas cotidianas. Percebemos que isso pressupõe o encontro entre subjetividades que se produzem no ato do cuidado. Não há como ter cuidado sem as pessoas, as relações, os encontros e as subjetividades (Merhy & Franco, 2003). Encontros que produzem novas coisas:

Teve as mudanças de horário, mas também nos cuidados: começamos a usar máscara diariamente no horário de trabalho, álcool em gel, vestimenta (PS4; Posição: 30).

teve mudanças, pois a gente começou a trabalhar à noite, a orientar a população pra não sair na rua, a usar a máscara (PS4; Posição: 32).

A gente fazia as rondas nos bairros (PS5; Posição: 27).

A micropolítica do trabalho pode ser entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações no território (Feuerwerker, 2014). E isso pode ser decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado, a formação na área da saúde, e, diga-se também, para o enfrentamento de uma pandemia.

16 - O trabalho vivo em ato possui dimensões: 1. da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); 2. a dimensão que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos (Merhy & Franco, 2003).

Pois no plano micropolítico, a produção de mundos acontece onde se fabricam os territórios existenciais. Portanto, onde acontecem os processos de subjetivação, conformando relações. Vemos uma suspensão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, profissional importante para o cuidado na Atenção Básica *"até porque foi suspenso até as visitas domiciliares que os ACS na época"* (PS6; Posição: 41). Entretanto, parece-nos que agora o profissional, que antes estava entre as quatro paredes de seu consultório, vai às ruas:

teve muita mudança, mudou, muito mais de visita em domicílio né, que precisou levar visita de médico aos pacientes da área, o fluxo aumentou a demanda [...] (PS10; Posição: 29).

nós temos o CRAS aqui, ele ofereceu para os mais necessitados e também os ACS né, que vinham trazendo informações das pessoas mais necessitadas diariamente, aí a gente dava cesta básica (PS7; Posição: 51).

Parece-nos que a atividade intersetorial, tão almejada pela atenção básica vem com muita força nesse momento de pandemia. Sim, há gente passando fome e eles são milhões¹⁷, e estão presentes (ainda que invisíveis às políticas desse desgoverno) no município de Manicoré. Além da insegurança alimentar, tem a insegurança acerca dos atendimentos ou as ofertas de serviços na unidade:

tem pacientes agendados só que devido aí várias vezes, outras vezes 'ah porque o serviço não vai atender hoje', vai ser outro dia já fica assim, o pessoal acha que não vai ter atendimento novamente (Grupo Focal; Posição: 74).

Cinco Unidades não têm profissional, ele vai uma vez na semana. Por exemplo, se na minha unidade ele vai na quarta-feira, e ele foi chamado de última hora pra fazer um trabalho em outro local, ele vai deixar a gente na mão na minha unidade (Grupo Focal; Posição: 81).

As mudanças no processo de trabalho aparecem de forma bem pontual acerca dos atendimentos, do público-alvo, sendo que a perspectiva dessa opção era mobilizar a equipe e população na tentativa de minimizar a disseminação do vírus.

Programa das doenças crônicas e nossas gestantes, na época, a gente orientou que procurasse a unidade só quando realmente houvesse necessidade, justamente para evitar circulação do vírus (PS6; Posição: 42).

¹⁷ - Em 2022, o Segundo Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil apontou que 33,1 milhões de pessoas não têm garantido o que comer — o que representa 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome.

Pré-natal, puericultura, o acompanhamento dos idosos e as doenças crônicas, hipertensão e diabetes, é o que eu recordo bem da época do Covid que estava em alta (PS6; Posição: 46).

O deslocamento desses corpos (usuários) até a unidade ficou limitado objetivando proteger esse público da doença, evitando assim possíveis internações ou óbitos. Entretanto, é tênue a linha que separa o “procurar a unidade somente quando fosse necessário” de um agravamento à saúde por outras condições. Além do mais, coube ao usuário a identificação do que é ou não uma necessidade.

Quanto ao deslocamento dos corpos dos profissionais, há um movimento de desterritorialização da hegemonia das profissões que estão presentes no cotidiano dos serviços, ainda que a Atenção Básica busque reverter essa lógica. Esse “*deslocar-se*” pode ofertar muito mais do que imaginamos sobre a oferta de cuidado nos territórios da AB:

[...] fechou a UBS e fomos trabalhar na rua, fazer orientações na rua mesmo e teve um tempo que a gente ficou mais fora do que dentro da unidade, e as mudanças era a gente ir mais na casa, nas visitas a gente ia mais na casa que o paciente com a gente (PS7; Posição: 33).

Dessa forma, “*fechar as portas*” tem uma relação com abrir portas outras. O cuidado em saúde de potencializa ao mesmo tempo que se rizomatiza, pois não está mais centrado na unidade. Observamos que há um potencial nas mudanças do processo de trabalho que podem servir de aprendizagem para o “*retorno*” à rotina dos serviços. Como é o caso de que todos os profissionais cuidam, orientam, visitam, tem o contato direto no ambiente de vida do usuário.

Se pensarmos em resolutividade dos serviços, talvez seja necessário reestruturar os processos de trabalho, investir no ‘trabalho vivo em ato’ (Merhy, 2002), ou seja, na potência das tecnologias leves, no âmbito das relações. Que tenha a capacidade de dar passagem às forças criativas, à energia criadora de um novo modelo de espaço-tempo na configuração do cuidado à saúde na AB. Desse modo, se a EPS acontece a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências locais, entendemos que o processo de educação dos trabalhadores aconteça na problematização do seu processo de trabalho. Há que se considerar que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Martins, 2015). Em tempos de pandemia como isso se operacionaliza?

É por isso que, neste contexto, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. E não necessariamente a EPS se materialize em cursos, formações, palestras.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVO DE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto estratégia de aprendizagem no trabalho, onde se aprende e se ensina coisas (produzindo transformações nas práticas de cuidar, de fazer gestão, de organizar o cotidiano, dos modos de aprender); é uma categoria que nos chama a atenção quando os profissionais foram interrogados acerca de seus conhecimentos e sua atuação no enfrentamento da pandemia.

Há um argumento muito caro à EPS quando um dos trabalhadores afirma que *"Acho que deveria ter um tempo específico para profissionais"* (Grupo Focal; Posição: 90). Essa fala nos atravessa há muitos anos desde que a Política é implantada e implementada no país: o trabalho em saúde sendo capturado pela produtividade, pela alienação e a burocratização da vida.

O que implica no tempo que o profissional dispõe para as *"tecnologias leves"* como diria Merhy (2002), que são os espaços de cuidado com a vida, de solidariedade com o outro, de resolutividade das suas angústias no âmbito micro-político (espaço em que há governabilidade para o profissional). Tempo aqui é vida, vida é ter acesso ao transporte de remoção aéreo, vida é ter oxigênio suficiente para todos os pacientes.

Fato que não ocorreu nas dimensões macropolíticas, como refere a trabalhadora *"faltou mais incentivo dos nossos governantes, faltou muitas coisas como preparo para os nossos profissionais"* (PS9; Posição: 57). Parece-nos que há uma constatação de que existe sim, uma ineficiência e/ou irresponsabilidade por parte do governo Federal não apenas na compra de vacinas, não apenas na dificuldade ou inexistência de articulação com os estados e municípios, pela sua ausência em ao menos lamentar pelos mais de setecentos mil mortos. Há também um abandono para com aqueles que cuidavam e enfrentavam, com as forças que tinham, a Pandemia.

Vejamos outras falas:

Treinamento não, mas só as orientações, as notas técnicas que vinha da FVS eles passavam pra gente as informações atualizadas, mas de treinamento em si não (PS7; Posição: 39).

A gente tinha palestras sobre muitas vezes explicar aqui assim, curso de como enfrentar, não, palestra online, a gente tinha curso que buscava com a secretária capacitava a gente pra isso né, informando curso online de conhecimento de Covid, como pega, quais são os cuidados (PS10; Posição: 33).

falta de planejamento e organização dos serviços por não conhecer o vírus, não saber de que forma de trabalhar pra amenizar essa propa-

gação e enquanto profissional eu creio que faltou mais capacitação (PS8; Posição: 11).

Por essas falas podemos perceber o quanto esses profissionais criaram estratégias de cuidado em seus espaços de trabalho, trocando informações, compartilhando ideias, praticando a empatia, e especialmente, com desejo de aprendizagem ativa. Desse modo, se a EPS é uma estratégia de trabalhar no SUS com capacidade de uma aprendizagem compartilhada para o benefício das ações coletivas, então estamos diante de uma potência de trabalhadores que conseguiram materializar isso em meio a uma pandemia. Que força é essa que move os trabalhadores a cuidar, serem cuidados e aprender no processo, transmutando realidades?

Por outro lado, que força é essa da produtividade, do trabalho morto que faz com que os trabalhadores considerem incapacitados a lidar com algo que o mundo todo estava (diante de uma pandemia desconhecida): *"Falta de profissionais capacitados"* (Grupo Focal; Posição: 47). Se essa falta está relacionada à micropolítica, concordamos com Ceccim e Ferla (2009) quando dizem que a EPS instiga à criação, à abertura e ao coletivo. É mais ou menos isso que percebemos nas ações dos profissionais de Manicoré: foram convocados à novidade, ainda que um *"mau-encontro"* na visão espinosista, foram atravessados por forças como a do vírus, e concomitante a isso forças de criação estavam presentes, potência de afetar e ser afetado, de caminhar na diversidade e nas adversidades, construindo alianças e desconstruindo ideias preconcebidas.

Quando ouvimos *"Acho que deveria ter um tempo específico para profissionais"* (Grupo Focal; Posição: 90) entendemos que há aqui um apelo por espaço-tempo, mas não é qualquer tempo (cronológico), apesar de que a linguagem nos limita na descrição do real, e, diga-se das necessidades, deles. Trata-se aqui de um tempo-duração, no pensamento Bergsoniano¹⁸, que significa olhar para a realidade (EPS) enquanto movimento, em oposição às imobilidades do instituído. Nesta perspectiva, as coisas não são tão efêmeras quanto pensamos, as coisas duram, elas marcam sim o nosso corpo, mas elas também produzem movimentos que possibilitam criar, se reinventar e acreditar nas possibilidades de um território.

Seria a EPS em tempos de pandemia, uma rasgadora tecidual dos paradigmas imóveis para ampliar as noções? Seria ela a pôr em movimento a capacidade de empatia e de criação do outro, fazendo *"durar"* aquilo que foi constituído coletivamente (antes da pandemia, durante ela e pós-pandemia) nos espaços do mundo do trabalho, na produção do cuidado? Corpos adoecidos, curados, sensibilizados, criativos e sensíveis de encontros na perspectiva da produção

¹⁸ - Em Bergson, o tempo é aquele da duração, ele é real, é sucessão, continuidade, mudança, memória e criação (Coelho, 2004).

de saúde. Seria possível produzir saúde em meio ao caótico tempo-espaço produzido pela covid?

SAÚDE DO TRABALHADOR: QUEM CUIDA DE QUEM CUIDA?

As interlocuções com os trabalhadores, especialmente no grupo focal, quanto aos problemas no enfrentamento da pandemia, se referem à categoria saúde do trabalhador. Trataremos aqui enquanto campo da saúde coletiva, descrito pelo Ministério da Saúde. Campo que se destina à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos referentes às condições do próprio (Brasil, 2012).

Além do mais, a saúde do trabalhador é uma pauta descrita desde a Constituição Federal de 88, em seguida a Lei 8080/90 traz as atribuições ao SUS quanto a Saúde do trabalhador. Vasconcelos e Aguiar (2017) fazem um contraponto crítico-reflexivo sobre as políticas públicas em saúde por não priorizarem as necessidades dos trabalhadores. A pandemia causada pela Covid-19 nos mostrou a fragilidade das leis e das normas que asseguram a saúde e a segurança do trabalhador. Embora sejam necessárias medidas de proteção e capacitação, é necessário ainda assegurar um ambiente adequado de trabalho, espaços para diálogos e produção do cuidado para o próprio trabalhador. As falas trazem a *“falta de apoio psicológico aos profissionais também”* (Grupo Focal; Posição: 23), colocando à tona a necessidade do cuidado com o cuidador. O limite da fala, podemos inferir em limites da linguagem, se atravessa pela figura do *“psicólogo”*. Ocupa um lugar de ausência, ao mesmo tempo que um sentido simbólico *“da solução”* para aquilo que eles entendem por cuidado em um momento transpandêmico. Por outro lado, pode sinalizar a necessidade de alguém que escute cuidadosa e qualificadamente e auxilie na compreensão do que não pode ser dito a outrem. Ou ainda alguém que acolha o que não pode ser dito ou expresso na palavra.

Percebemos que há nesta disputa epistêmica do cuidado, a lógica centrada no pessoal, no cuidar de si, na preocupação com o seu estado de saúde mental, em contrapartida tem uma importante presença de um campo de forças movediças, voláteis, de corpos vibráteis que se encontram em uma superfície denominada micropolítica do trabalho. A micropolítica opera nos espaços dos encontros que confluem, mas também disputam por diferentes projetos e entre diferentes atores do mundo do trabalho.

A verbalização de que *“A saúde mental afetou a todos, seja profissional, seja adulto, seja crianças, seja idoso, isso foi uma questão que realmente afetou muita gente”* (Grupo Focal; Posição: 34), nos alerta de que o cuidado ultrapassa a linha abissal dos modelos hegemônicos e tensiona o pensamento para a amplitude do cuidado em saúde. Na transposição da linha abissal produzem-se os encontros de corpos, os desencontros das disputas do cotidiano, tão ne-

cessários para se pensar a integralidade da saúde.

Quando apontamos a saúde mental, falamos de possibilidades outras de cuidado, da capacidade criativa e inventiva dos profissionais de criarem em ato espaços de cuidado de si e do outro. Como as terapias outras para além do cercado do consultório, das práticas de atividade física, do cuidado de si, do bem viver, do fazer com realização.

As primeiras mortes registadas por Covid-19 foram de trabalhadores, pessoas que não puderam aderir 100% ao *“fica em casa”*. No que se refere especificamente aos trabalhadores da área da Saúde, entre os principais desafios que enfrentaram está a sobrecarga de trabalho e os impactos na saúde mental, demandas que durante a pandemia não foram avaliadas e atendidas devidamente. Vejamos o trecho a seguir:

Na pandemia mesmo né a gente teve que praticamente trabalhar 24h né, lá onde foi o centro de Covid, nós os profissionais de saúde fizemos escala de 24h, foi essa mudança, tanto trabalhando lá e dando apoio na atenção básica, então assim eu achei naquele momento que eu fiquei sobrecarregada, porque eu saía lá do plantão de 24h e ainda vinha atuar na atenção básica (PS6; Posição: 27).

A necessidade da atuação em diferentes contextos, a exposição aos riscos de contaminação, a pressão por manter a qualidade do trabalho, aprender sobre um agente inesperado e desconhecido e cargas trabalho intensas, com poucos intervalos de descanso produziu efeitos, por vezes deletérios, nas conexões com o experienciado, o vivido. No entanto, também mobilizou novas aprendizagens e ações sobre as condições impostas pela capacidade de disseminação do vírus e as necessidades de atenção e cuidado. Sair de um modo de estar e fazer, cotidiano, conhecido, para outro com inúmeros desafios, desconhecido, com demandas inesperadas e pouco explicáveis exigiu mecanismos e flexões antes inimagináveis. Vejamos o trecho a seguir:

Sobrecarga dos profissionais naquele período porque era um desafio novo que ninguém mesmo sabia como lidar com aquela doença, então foi um grande desafio e, também, na época a demanda de profissionais estava bem reduzida na questão dos médicos (PS6; Posição: 55).

Quando as narrativas se repetem, em frequência e conteúdo parecem sinalizar um compartilhamento de experiências que também buscam algo de conhecido para lidar com as que advém do que é novo. Talvez para ancorar a insegurança e o temor do que se desconhece ou sobre o qual pouco sabe. Ao compartilhar as experiências e vivências é possível (re)significá-las e, portanto, estabelecer outra possibilidade de relação. As conexões estabelecidas com os colegas e usuários possibilitam trocas, nem sempre compreensíveis ou acolhidas. Pode advir daí a necessidade de tomar distância

e falar com alguém que possa ajudar a entender as ausências, os silêncios, os temores, as ansiedades. Demandar espaço tempo de cuidado a quem cuida é um dos aspectos que necessita atenção por parte da gestão e foi amplamente trazido pelas(os) participantes.

O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS SOBRE SUAS APRENDIZAGENS NO ATRAVESSAMENTO DE SEUS CORPOS PELA PANDEMIA?

“Viver é um rasga-se e remendar-se”
(Guimarães Rosa)

Talvez pudéssemos tensionar um pouco nosso pensamento, no sentido da produção que as categorias nos guiaram até aqui. Os *“aprendizados da pandemia”* apontam para emergências epistêmicas que se expressam muitas vezes como tensões com a compreensão vigente do que seja saúde, do que seja cuidar, do que seja se implicar com uma realidade de dor coletiva vivida na pandemia. Guimarães Rosa traduz muito bem a experiência do “viver” neste contexto. Os profissionais precisaram aprender a se reinventar em suas trajetórias.

Aprendemos muita coisa, amar mais, a viver o hoje amando mais, respeitando mais, prestando mais atenção no outro e cuidando também de nós também, porque na verdade nós paramos de cuidar de nós, nós profissionais paramos pra cuidar do outro, a pandemia ela veio aqui pra mostrar que devemos ter mais amor ao próximo, parar de pensar só em si [...] (PS3; Posição: 38).

Há um deslocamento do olhar do profissional, parece que o olho retina foi potencializado pelo olho vibrátil na produção do cuidado. Entretanto, o resultado dessa produção (não entendido como estado da coisa) em contínuo movimento, de uma diversidade que não para de passar no tempo, porém não deixa de ser o seu passado (tempo duração, daquilo que dura, que permanece), podem ser vitalizadoras dos campos de conhecimento. Madel Luz já apontou isso em relação às tensões entre disciplinas e entre saberes e práticas, no caso das origens da saúde coletiva (Luz, 2009).

Identificamos um discurso significativamente pessoal (até intimista), apontando para a dimensão de valor à vida, às relações sociais e os vínculos familiares. Entretanto, há um movimento de deslocamento do *“meu círculo”* para o *“somos todos iguais”*.

Dar valor mais as pessoas, à nossa família, perdemos amigos então assim a gente tem que dar mais valor, sabemos que todos somos iguais (PS7; Posição: 53).

A sensação de que seus corpos estavam tão próximos de uma realidade complexa, dolorosa e de convivência com um vírus que a capacidade de olhar para

si e para o outro ficou um pouco mais aguçada, sensível, movediça:

nós somos frágeis eu acho que a nossa vida é um sopro, hoje você está aqui amanhã você não está, eu lembro muito da colega que veio a óbito... (aprendi que) na saúde, a gente não consegue trabalhar só, sempre em equipe (PS6; Posição: 49).

Aprendemos que não estamos preparados para enfrentar qualquer tipo de pandemia [...] (PS8; Posição: 10).

Desterritorializar-se do campo pessoal e adentrar no campo das tecnologias leves, relacionais, que cocriam realidades. A tecnologia leve é quando o humano se sente realizado no processo de viver e do trabalho. É possível ter realização em meio ao caos estabelecido pelo Covid-19? Seria algo semelhante ao processo daquele que consegue pensar a saúde para além dos procedimentos técnicos, do indicador, do número de atendimentos. Parece-nos que há uma sinalização de resposta a nossa pergunta:

Que você tem que se colocar no lugar do próximo, eu acho que isso foi a maior lição pra todos: a maior lição que eu tirei foi a união dos profissionais da saúde, que foi o grupo que não parou, que tava lá todos os dias (de manhã, de tarde e final de semana) na casa dos pacientes. A maior lição foi do amor à vida (PS10; Posição: 43).

Não se trata aqui de uma resposta literal ou de romantizarmos a pandemia. Trata-se do rasgar-se mesmo! O amor à vida é uma aprendizagem em meio às cenas de desespero, insegurança e mortes. É um rasgar-se que direciona para outra direção o pensamento, de abordar o cuidado com uma pitada de amorosidade (diria Paulo Freire), que consiste em olhar para o outro como SER e não como objeto (do meu serviço, da minha pesquisa). É necessário, portanto, reconhecer que não se sabe tudo, mas que o trabalho vivo em ato é uma ótima oportunidade de aprender:

A pandemia veio pra mostrar que a gente profissional de saúde tem que estar sempre preparado para o que for acontecer, seja por um problema ou complicação de uma Covid, seja por uma outra doença (PS2; Posição: 41).

Esse pouco de possível de estar “*preparado*” para o acontecimento é uma tarefa interessante, um movimento de abertura para o não sabido, mas com possibilidade e abertura para o aprender.

Inclusive de “Ser mais humano” (PS11; Posição: 36) disse um deles. Humano, demasiado humano, já dizia Nietzsche. Será possível transformar a realidade de sofrimento em tragédia? Aquela que nos revira do avesso, nos rasga e produz possibilidades outras, não pensadas, não planejadas. Que nos reinventam, pois acontecem ali, em ato, nos devires profissionais, usuários, gestores, pesquisadores, humanos e não-humanos, atravessados pelas suas aprendizagens signifi-

ficativas. Que marcaram seus corpos, sinalizaram uma afecção que foi fruto de um mau-encontro, diria Espinosa. Mas esses encontros têm a capacidade de aumentar ou diminuir a nossa potência de existir. Sigamos! Humanos, frágeis, criativos, abertos para a produção de mundos porvir.

APRENDIZAGENS OUTRAS: IMPLICAÇÕES COM O REAL

Que a pandemia de Covid-19 trouxe à tona desigualdades sociais e fragilidades no sistema de saúde, isso já sabemos, no entanto, os relatos dos profissionais nos apontam uma outra perspectiva que desvela a força criadora e a potência dos profissionais que usaram das ferramentas (entenda-se as diferentes naturezas tecnológicas que compõem as ofertas dos serviços para o cuidado) que possuíam para o enfrentamento do desconhecido.

A dimensão micropolítica do trabalho em saúde é sinalizada a todo tempo, pede passagem de suas intensidades. Ou seja, o movimento dos corpos dos trabalhadores ao encontro do usuário, numa perspectiva de criar possibilidades de cenas de cuidado, se mostra à pesquisa como uma fonte epistêmica local de cuidado em ato na Amazônia. Nossa implicação enquanto pesquisadores é cocriar pensamentos possíveis que deem visibilidade ao movimento produzido pelos trabalhadores, usuários e gestores do SUS. Manicoré se mostrou à pesquisa como um lugar de criação de caminhos, e eles não se colocam em linha reta e nem são finitos. Eles se apresentam em movimento, porosos às possibilidades, passíveis de execução, porém há um critério, o critério deveras ser a defesa da vida.

A educação permanente em saúde é uma presença nas falas dos profissionais. Há uma profunda conexão com o processo de capacitação, de formação, orientação, atualização, ensino. Entretanto, percebemos nas brechas das falas uma mobilização do pensamento para a análise dos seus processos de trabalho e do modo de cuidado desenvolvido até a pandemia e durante a pandemia. Há que se considerar como uma demanda por parte deles e que apontamos como necessária a ser fortalecida, seja através de espaços protegidos, seja por meio de capacitações que adentrem ao cotidiano com uma pitada de reflexão-análise e mudanças nos próprios modos de cuidar no território.

Há que se olhar com muita atenção para a necessidade do cuidado com aquele que cuida. É importante que essas demandas estejam presentes nas políticas públicas, bem como no cotidiano dos espaços micropolíticos de produção dos modos de cuidar, dando visibilidade à invenção das saúdes do trabalhador. Além do mais, estamos falando de um lugar singular e de condições de singularidade amazônicas, que estão ali presentes, ainda que atravessadas pelas demais realidades. Talvez essa seja a potência desse lugar de fala: criar espaços para que os próprios trabalhadores produzam pensamento e conexões com as diferentes situações vivenciadas no cotidiano do trabalho no SUS.

Entendemos que fortalecer a EPS enquanto dispositivo de gestão do cuidado pode ser um rizoma interessante a ser fortalecido.

Para Martins (2022), esses modos de cuidar teriam um plano estético, ético e político que se abre à criação, que viabiliza enxergar mundos outros, por meio do olho vibrátil. Esses corpinhos dos trabalhadores implicados com as realidades diversas que envolvem não apenas o cuidar de si, mas o cuidar do outro e das coletividades. Desse modo, a alienação do trabalho não é quando se perde a capacidade de cuidar e/ou de se preocupar, mas também quando se perde a capacidade de produção de pensamento.

O trabalhador que pensa, que produz, que cocria momentos de aprendizagem na convivência da pesquisa-intervenção, nos modos de fazer o SUS acontecer no interior do Amazonas. Modelagens que precisam ser reconhecidas, compartilhadas, para a invenção de epistemes locais. A partir dessas epistemes que emergem pelo território líquido, na superfície lisa das relações (tecnologias leves), que sentimos sua força nos atravessando, tensionando nossos conhecimentos preconcebidos, mobilizando nossos corpos e criando aprendizagens significativas de inovação tecnológicas do mundo do cuidado da Amazônia.

REFERÊNCIAS

Brasil. (2020a). **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm

Brasil. (2012). **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto.

Ceccim, R.B; Ferla, A.A. (2009). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.443-456, nov.2008/fev.

Coelho, J. G. (2004). Ser do tempo em Bergson, Interface - **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.233-46, mar/ago.

Deleuze, G.; Guattari, F. (2011). **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 1**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira; Aurelio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 2. ed. São Paulo: Editora 34, v. 1, 128 p.

Luz, M. T. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas –

análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.2, p.304-311.

Martins, F. M. (2015). Educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas: estudo de caso na região de saúde Rio Madeira/AM. 2015. 85 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

Martins, F. M. (2022). Cartografias do cuidado no território líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia. In: **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia** / Organizadores: Fabiana Mânica Martins, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt e Júlio Cesar Schweickardt. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA.

Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E; Franco, T.B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez.

Rolnik, S. (2014). **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Sulina: Porto Alegre.

Schweickardt, J. C (org.) et al. (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA.

Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S.; Ferla, A.A. (2021). O Programa Mais Médicos no território amazônico: acesso e qualidade da atenção básica, travessia de fronteiras e o direito à saúde das gentes. Em: Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S.; Ferla, A.A.. **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. P. 40-52.

Vasconcellos, L. C. F. D., & Aguiar, L. (2017). Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, 41, 605-617.

AS TEMPORALIDADES DA PANDEMIA NA TERRA DO BOI BUMBÁ, PARINTINS, AMAZONAS

Júlio Cesar Schweickardt

Elaine Pires Soares

Luene Silva Costa Fernandes

Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt

TEMPOS INICIAIS

 tempo numa pandemia é suspenso porque todas as ações são destinadas para um único problema, como que os outros “*dessem um tempo*” para que todos os pensamentos, ações e palavras tivessem o seu espaço. Assim, passamos a nos referir à primeira, segunda e terceira onda, do mesmo modo que falamos das variantes e sub-variantes da Covid-19, lockdown e toque de recolher. O espaço ganhou um outro sentido com o esse tempo da pandemia, quando os espaços foram o palco de intervenções da saúde e de outros setores, afetando, de modo diferente, a vida de todas as pessoas.

A vida continuou, com novos limites, e as pessoas ainda adoeciam com as doenças novas e antigas. O comércio esperneou para continuar aberto, pois afinal “*o Brasil não pode parar*”. As pessoas furaram as barreiras sanitárias porque precisavam encontrar parentes, comprar alimentos ou por outros motivos mais simples. A população foi incorporando no seu cotidiano o tempo e o espaço da pandemia como parte da sua vivência, incorporando as medidas sanitárias para o deslocamento território.

Em Parintins não foi diferente porque a vigilância, a gestão e os outros setores tiveram um imenso trabalho para conter a contaminação, especialmente de um vírus que vinha com as pessoas pelos barcos regionais e nos navios turísticos, pelos voos diários, pelas lanchas que fazem o transporte local da população. Sobre as estratégias do município no enfrentamento da pandemia estão descritas no capítulo “*O enfrentamento da Covid-19 em Parintins: aprendizagens com e na pandemia*” (Soares et al., 2022), como parte do livro “*Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato*” (Schweickardt et al., 2022).

Neste capítulo, vamos priorizar a voz dos profissionais e gestores de saúde no enfrentamento da pandemia, em entrevistas realizadas na Oficina do Projeto de Pesquisa, em 05 e 06 de maio de 2022 no município. Naquele momento, realizamos a escuta sobre a experiência e as vivências neste período trágico para todas as pessoas¹⁹. Optamos para falar dos diversos tempos e como o trabalho em saúde foi se organizando nesse período. Por fim, ainda trazemos as vozes dos usuários de entrevista realizada no período de dezembro de 2021 e fevereiro de 2022.

PRIMEIRO TEMPO: CHEGADA A COVID-19 NO MUNICÍPIO

Os profissionais, gestores e usuários entrevistados nos 12 municípios nos relataram que inicialmente havia uma descrença de que o vírus chegaria até o Amazonas, e que jamais chegaria nas comunidades indígenas e ribeirinhas mais isoladas. No entanto, o vírus chegou, apesar dos avisos dos especialistas, utilizando os meios de transporte e a mobilidade das pessoas. Atualmente é muito raro termos um lugar totalmente isolado porque as pessoas circulam, assim como os profissionais de saúde, professores, funcionários públicos. Talvez, somente os grupos indígenas considerados isolados foram preservados nos momentos iniciais da contaminação.

A pandemia chegou, os gestores e trabalhadores tiveram pouco tempo para se preparar para o que viria, até porque não se tinha ideia do que os aguardava. Além disso, a imobilidade do governo federal também contribuiu para um *“atraso nas ações”* porque afinal era somente uma *“gripezinha”*. Apesar disso, coube aos municípios elaborar os seus Planos de Contingência, preparar as barreiras sanitárias, ampliar os leitos nos hospitais. Por isso, foi necessária a contratação de profissionais e trabalhadores para as ações de enfrentamento.

Principalmente no hospital, demandou uma contratação também de profissionais pra trabalhar na área da prevenção, na vigilância dos portos, no aeroporto. Trabalhar nos lugares que tem grande concentração de pessoas como supermercados e bancos. Então demandou um número bem grande de profissionais, que foram contratados, se não me engano, mais de 400 profissionais nessa época. Oscilava, chegou uma época que a gente tinha mais de 400 pessoas contratadas (GS 01).

Na *“primeira onda”* o município reorganizou sua estrutura de saúde, a Atenção Básica *“saiu de cena”* visto que seguiu a tendência do país em priorizar a resposta sanitária centrada nos serviços hospitalares. O pro-

¹⁹ - Utilizaremos as seguintes siglas na referência aos entrevistados: PS para se referir ao profissional de saúde, ACS para Agente Comunitário de Saúde, AE para Agente de Endemia, GS para Gestor da Saúde. Para a identificação dos usuários, enumeramos (O1, O2...) de acordo com a transcrições. Omitimos o nome do município na referência dos entrevistados porque são todos de Parintins.

cesso de trabalho da Atenção Básica foi alterado, especialmente para as Unidades de Saúde que ficaram como referência para os casos de Covid-19. Na “segunda onda” teve a retomada prioritária dos serviços da Atenção Básica pelo lugar estratégico do cuidado nos territórios. Desse modo, os trabalhadores precisaram realizar atividades que não faziam parte do seu cotidiano, inclusive tendo que aprender novas estratégias de se relacionar com os seus usuários.

A secretaria utilizou o método do telefone específico de atendimento ao público. Então foi distribuído esse número desse telefone pra população ligar e tirar as dúvidas sobre o fluxo do atendimento. Então foi disponibilizado esse método de comunicação (PS 01).

A minha Unidade para os casos de Covid era referência, e mudou tudo na nossa rotina porque ficou somente alguns ACS que não eram do grupo de risco. Então nós ficamos nos desdobrando, na verdade algumas vezes tivemos que ficar no call center pra fazer o atendimento de monitoramento de pacientes que já estavam na reabilitação do Covid, em pacientes que já tinham saído do hospital. Então, a gente fazia esse monitoramento o dia todo, era escalado um agente de saúde pra fazer esse monitoramento através do call center. Foi um pilar também que nos ajudou, o call center veio pra ter essa comunicação entre a comunidade e o profissional de saúde (ACS 01).

As relações com os usuários sofreram mudanças, sendo incorporadas novas estratégias de atenção à saúde. O monitoramento no território foi uma atribuição da Atenção Básica foi uma estratégia importante para a vigilância dos casos. Nesse sentido, os ACS foram figuras importantes para esse acompanhamento dos usuários.

Trabalhamos de dentro da UBS, em questão de ligações, fizemos uma busca principalmente pra pegar os contatos dos familiares. Então nós fazemos uma ronda de cinco ACS por dia pra fazer esses atendimentos, ligar perguntar se estava tudo bem com a família se alguém ficou internado. Alguém ficou positivado porque a gente não teve muito esse contato como estamos tendo agora né casa em casa frente a frente essa conversa a gente não tinha então a gente tinha muito contato com os nossos usuários por telefone (ACS 03).

A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) (**Figura 16**) foi a referência para a atenção da população ribeirinha do município. A UBSF desempenha um papel estratégico e inovador para a atenção das populações ribeirinhas na Amazônia, através do trabalho da Equipe de Estratégia da Saúde da Família Fluvial (eSFF). As UBSF têm produzido a inclusão e acesso das populações, que historicamente ficavam excluídas da atenção à saúde, pois as ações de saúde eram concentradas nas cidades (Kadri *et al.*, 2019; Ribeiro *et al.*, 2021). Na pandemia a eSFF desenvolveu o cuidado em saúde nas comunidades porque a orienta-

ção era de não sair de casa ou da comunidade, portanto, a UBSF foi até a casa das pessoas na área ribeirinha do município.

TEMPO DE TERROR: SEGUNDA ONDA

O mundo acompanhou a crise de Oxigênio na cidade de Manaus, mas essa se estendeu para os municípios do interior do Amazonas. As Unidades Hospitalares localizadas no interior não possuíam uma produção própria de Oxigênio, com poucas exceções como era o caso do município de Maués, criando uma dependência do envio de Oxigênio pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Os cilindros de Oxigênio eram enviados através de embarcações regionais e/ou em balsas, significando dias de viagem para os municípios mais isolados e distantes da capital. Portanto, essa era uma tragédia “*anunciada*”, um sistema que já era frágil antes da crise, pois estava baseado no transporte de cilindros e dependentes das condições de tempo e espaço.

Figura 16. Atendimento na UBSF de Parintins.



Fonte: elaboração própria.

Na chegada da pandemia, houve um alerta sobre a possibilidade de falta de O₂, como relatou a CPI da Covid-19 do Congresso Nacional, portanto, não há como negar a negligência da gestão federal e estadual. Na segunda onda foi montada uma estrutura logística de transporte aéreo para o envio de Oxigênio para os municípios do interior, com uma mobilização dos entes federados, mas também da sociedade civil, de instituições internacionais e não-governamentais. Houve a doação de pequenas Usinas de Oxigênio para as Unidades de Saúde da capital e do interior do Estado.

Apesar de tudo isso, não há como apagar as imagens produzidas naquele período, pois elas circularam nas redes sociais, nos meios de comunicação e o cotidiano do trabalho em saúde. O mundo ficou atônito diante do paradoxo que vivíamos, no *“pulmão do mundo”* faltou o *“ar”*, principal insumo para a preservação da vida diante do ataque do vírus. A falta de Oxigênio ocorrida em Manaus e no Amazonas será o exemplo da pior gestão de uma pandemia no mundo, infelizmente ficaremos com essa marca. Uma marca que matou muitas pessoas, que gerou pânico nos profissionais de saúde que tinham que *“escolher”* quem receberia o pouco Oxigênio que restava nas Unidades Hospitalares. Enquanto isso, os familiares corriam atrás do insumo essencial.

Parintins também experimentou essa situação, sendo necessário uma tomada de decisão no tempo necessário, pois a consciência da temporalidade foi uma das questões fundamentais para a preservação da vida. Aquisições de balas de oxigênio de outros estados, fretes caríssimos de aeronaves, *“piratas”* de oxigênio (sequestradores de balas) na capital interceptavam as aeronaves em solo manauara não deixando o oxigênio chegar ao município, também figuraram o cenário de terror.

Sim, pra trazer o Oxigênio demandava toda uma ação porque você conseguia comprar o oxigênio, mas tinha que transportar de um lugar que fica 360 km (da capital) de onde você transportava. E aí tem momento que tem o oxigênio e não tem transporte ou tinha transporte e não tinha o oxigênio. Inclusive o prefeito trouxe oxigênio até do estado do Pará porque tinha momentos que não conseguia trazer de Manaus, veio de Santarém de outros locais próximos porque tipo assim não podia faltar. Nós esperávamos porque naquele momento, se fosse faltar em 36 horas, era o tempo mínimo que a gente podia ter como estoque crítico. A gente tinha que ter uma noção de temporabilidade de mínima quando estava crítico. Então, essa dificuldade em ter o insumo e oxigênio (GS 01).

Outro drama identificado foi a questão dos medicamentos para a atenção dos pacientes internados no hospital, pois não havia disponibilidade no mercado para a compra e nem era fornecido pelo Estado:

(...) teve um grande problema de medicação com as drogas pra entubação. Chegou um momento em que o estado deixou de mandar e o

município não conseguia comprar porque não tinha e o preciso altíssimo e o problema pra encontrar pra comprar essas drogas, pois impactaram nas situações, não terem pra ajudar as pessoas a sobreviver (GS 01).

O tempo na pandemia não seguiu a lógica cronológica, apesar de todos os relatos descritivos da pandemia passarem pelo tempo do calendário: iniciou em Wuhan, China, em dezembro; chegou no Brasil, em janeiro; primeiro caso no Amazonas em fevereiro; primeira morte em março... e assim por diante. No entanto, o tempo da gestão e do trabalho em saúde não seguiu essa lógica cronológica porque os acontecimentos seguiram a dinâmica da vida, com diferentes temporalidades, seja dos usuários, seja dos profissionais de saúde, seja da família, seja da gestão, seja do próprio vírus.

A pandemia também trouxe outro terror que foi a fome para as famílias, pois não podiam sair para o trabalho devido ao toque de recolher, às barreiras sanitárias e as recomendações de isolamento social (Soares et al., 2022). Desse modo, os trabalhadores da saúde também vivenciaram um tempo de falta de alimentação para os usuários da sua área.

Outra situação que eu vivenciei foi a questão a falta de alimentação, por ser uma Unidade em um bairro muito carente. A gente chegava nas casas que proibiram de sair para trabalhar. As pessoas falavam: *“eu não tenho o que comer, quem vai me sustentar, quem vai me dar de comer”*. Então aquilo foi algo que eu vivenciei constantemente com a minha equipe. Então foi difícil porque você sabe que tem pessoas na tua área que elas não têm uma renda fixa, então elas precisavam sair de casa e elas ficavam privadas de sair de casa pra tirar o seu próprio sustento então foi uma coisa uma fase muito difícil. (...) A fome não espera você, não espera, e demais famílias que tem assim numerosas mães de seis quatro cinco e as vezes é sozinho e difícil (ACS 01).

Além da questão do emprego, as equipes identificaram o aumento nas violências no ambiente doméstico. O isolamento implicou em mais convivência com a família, mas também intensificou os conflitos em lugares que já existiam, especialmente contra as mulheres, crianças e idosos.

A gente viu diferentes situações, vimos pais que ficaram desempregados, autônomos que principalmente precisavam de estar na rua de sair pra trazer o mantimento pra casa. Então a gente viu outras situações que surgem porque a criança está fora da escola, a gente começou a ver um alto índice de abuso de crianças, maus tratos com os idosos, a própria diabetes a hipertensão descompensou por conta de não ter atendimento no posto (GS 02).

O grupo de idosos ficou mais vulnerabilizado na pandemia, necessitando de apoio da assistência social, pelo próprio isolamento em que já se encontraram na sociedade. Foi unânime na fala dos trabalhadores que os idosos so-

freram mais porque vivem sozinhos em suas residências, necessitando uma atenção maior das equipes de saúde. Apesar disso, no município de Parintins, segundo uma das gestoras, os idosos foram o que mais aderiram às orientações sanitárias.

Os idosos porque assim os idosos foram os que aderiram muito, muito realmente, através não só da saúde, mas através do serviço social que se mobilizou pra que eles ficassem em casa. Inclusive muitos não queriam receber os familiares em casa, porém a visita de um filho e de uma filha acabou que foram contaminados. Eles acabaram cometidos com gravidade de Covid (ACS 03).

Na minha área tenho muito idoso que não tem apoio familiar. Eu observei nos meus plantões no bumbódromo (Unidade de Referência para a Covid-19), quanto na minha área, eu perdi muito idoso, porque eles viviam em condições solitárias e não tinha aquele amparo de questão de medicação. Então eu acho que foi os idosos que tiveram maior impacto (PS 01).

A gente programou com os agentes de saúde para monitorar esses idosos pra trazer pra gente qualquer situação que poderia apresentar um risco maior, para acionar as visitas médicas a minha visita de enfermeira (PS 01).

PÓS-EM-TEMPO: AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA

As consequências da pandemia são inúmeras porque afetaram desde o cotidiano, as formas de se relacionar, o trabalho e os cuidados com a saúde. Porém, foram as sequelas do vírus que ainda continuam vivas nos cuidados em saúde. A que mais ficou evidente nas conversas com os entrevistados foi a questão da saúde mental tanto dos trabalhadores como dos usuários. Além disso, houve a demanda pela reabilitação de diversas funcionalidades:

Então, a gente tem hoje uma procura que superou em muito, a questão da saúde mental. E aí a gente tem a questão das sequelas, tivemos muitas pessoas que precisou fazer a reabilitação. O serviço, assim, se preparou pra ter essa resposta de assistir as pessoas que precisam de reabilitação no contexto mesmo de profissional, tem fisioterapia, tem a parte psicológica, nutricional e a parte de educação física também. Então essa parte da reabilitação a gente viu que foi uma demanda (GS 01).

A gente tá tendo muita procura nas Unidades de Saúde em termos de saúde mental muitos ficaram ansiosos, muitos não conseguem mais ver o profissional todo de branco e ficam ansiosos, a pressão aumenta e a ansiedade também (ACS 01).

A situação de pós-em-pandemia acontece com novas situações, como de uso de medicamentos, sequelas do vírus, perda de familiares, gerando impacto para a vida familiar e sua sustentabilidade, especialmente na continuidade

do trabalho. A vulnerabilidade é um estado quase permanente das famílias nos territórios, pelas condições e situações anteriores à pandemia, mas que foram agravadas pela Covid-19. Portanto, os vulnerabilizados de antes são os mesmos de hoje, agregando-se as consequências produzidas pela Covid-19.

A gente percebe que na minha área, de vulnerabilidade total, as pessoas que tinham um provedor de família que faleceu, então ficou pior ainda a situação. Tem outra questão, quem pegou Covid e ficou com sequelas, já não tem aquele vigor que ele tinha antes pra fazer o trabalho, que fazia antigamente. Tudo isso teve pessoas que deixaram de trabalhar também porque não conseguem dirigir, porque toma remédio controlado até hoje, adquiriram transtorno do Pânico e aí não conseguiram voltar a rotina (ACS 02).

Não é novo dizer que a pandemia afeta aos empobrecidos de modo mais trágico, tornando a sua condição ainda mais difícil, até porque tiveram menos condições para enfrentar o vírus (Santos, 2020). Por isso, a pandemia nunca foi democrática (Schweickardt et al., 2022). Os empobrecidos, por suas condições de desigualdade, sofreram mais as consequências da pandemia, especialmente no desemprego, no próprio adoecimento, nas sequelas e na reorganização do trabalho.

Apesar disso, a pandemia também ensinou as pessoas algumas estratégias para sobreviver ao isolamento social imposta a todos.

Aquele momento do isolamento sempre pedia pra os meus pais darem um passeio no bairro na pracinha. Naquele período não tinha muito fluxo de pessoas. Então, o tratamento psicológico eles não precisaram naquele momento porque a gente tinha aquele momento. Quando eu chegava do trabalho eu fazia um pouco daquele convívio familiar eu ia a distância mesmo, conversava pela janela com a minha mãe com o meu pai. Quando ele chegava do trabalho, porque meu pai é servidor público tinha que sair também pra trabalhar, a minha mãe também, e assim a gente tentava trabalhar de alguma forma em casa pra que eles não se abalassem quanto a situação que estávamos passando naquele momento (ACS 01).

Parintins é conhecida como a cidade do Folclore devido à presença dos Bois Bumbá Garantido e Caprichoso. Os festivais que são realizados anualmente no último final de semana de junho não foram realizados durante dois anos, afetando os trabalhadores das artes que dependem da festa dos bumbás.

Foi a questão mesmo de das frentes de trabalho que antes tinham antes da pandemia. Ela não possibilitou que acontecesse, por exemplo, o pessoal que trabalha com arte a produção da questão dos Bois, que envolve uma grande mão de obra. A questão dos eventos porque quando tem eventos gera uma cadeia de geração de renda para as pessoas que vendem e trabalham na festa. Teve um impacto muito grande (G01).

A “normalidade” não conseguiu trazer a mesma dinâmica no comércio, especialmente para os pequenos negócios de características familiares, quando toda a família depende da sua atividade laboral.

Muitas famílias que viviam daquele pequeno negócio tiveram que fechar e quando voltou um pouquinho a normalidade não conseguiram mais se erguer. Então, assim a gente acabou se prejudicando financeiramente na questão da produção de renda (ACS 01).

A pandemia trouxe aprendizados ao trabalho da saúde, como nos relata uma ACS, que disse que foi necessário se reconstruir.

Nós enquanto profissional nós reconstruímos novamente. Eu digo, assim, a cada dia quando se via um paciente a gente aprendeu porque nem todo mundo era igual, nem todo mundo apresentou os mesmos sintomas. Hoje eu me deparo com pessoas que ficou com sequelas voltaram de novo a ter pneumonia duas, três por consequência da Covid. Então, a cada dia a gente se renova porque depois teve pessoas que não eram diabéticas e hipertensos, e hoje eles são. Agora com a campanha da diabetes e dos hipertensos e com rastreamento, a gente se assustou, de ver pessoas que tinham uma vida normal, não tinham problemas de pressão alta, e que não tinham tiveram. A gente viu enquanto profissional a gente cresceu ricamente, em conhecimento, em algumas práticas, alguns tiveram que aprender algumas práticas, mas, ao mesmo tempo, tudo pra nós ainda é muito desconhecido porque a gente se pergunta vai ter outros casos (ACS 01).

As consequências para num “novo mundo” não são simples porque não há uma nova “normalidade” para as pessoas que passam fome, para a desnutrição e o baixo peso. O território se tornou um lugar estranho e diferente para os profissionais que acompanham o cotidiano das famílias, pois significa o retorno de situações que pareciam superadas.

Já temos uma variante, como vai reagir, como a gente vai se adaptar a esse novo mundo porque agora no que a gente estamos no deparando parou um pouquinho a pandemia, mas a desnutrição voltou no nosso quadro de doenças, coisas que a gente não ouvia mais falar, a criança de baixo peso que a gente ainda encontra muito grávidas precocemente que agora iniciou o pré-natal tardio, por conta que ainda tem medo de ir na Unidade de Saúde. Então, assim tudo ainda e se torna diferente e difícil dentro do nosso território (ACS 01).

A RESPOSTA DA PANDEMIA PELO OLHAR DO USUÁRIO

A corrida contra o tempo na reestruturação dos serviços de saúde em Parintins, foi primordial para que o município apresentasse a melhor resposta no enfrentamento da pandemia com a estrutura que se tinha naquele momen-

to. Tudo era inédito, a tendência foi melhorar a capacidade de atendimento da atenção hospitalar, com aquisição de ventiladores mecânicos, usinas de oxigênio, aumento do número de leitos, contratação de mais profissionais e alteração na operacionalização da Atenção Básica.

Apesar de todo esforço, a opinião dos usuários sobre a ação dos governantes na condução da resposta a pandemia foi de falta. Observamos ao longo da pandemia muitos conflitos entre as esferas governamentais que se traduziram em ações insuficientes, como relatam alguns usuários.

O que eles deveriam fazer? (...) investi mais na saúde...e preciso muito né! (Usuário, 02).

olha, falando aqui da nossa região eu acho que o prefeito ele foi bem árduo, né, nas coisas que ele fez pra ajudar as pessoas, apesar de muita gente criticar, né, mas eu acho que ele fez bem, bastante coisa, né (...) agora falar de nacional, o presidente foi... deixou muito a desejar, né, muito mesmo, em relação a quase tudo, em relação ao Covid (Usuário, 03).

O Governo deveria continuar com toque de recolher, fechamento de bares, que agora já está tudo voltando ao normal, continuar seguindo as mesmas orientações que estavam no começo (Usuário, 04).

Por outro lado, a população reconhece o esforço dos profissionais da saúde que incansavelmente se doaram, pois enfrentaram não somente o ataque de um vírus, mas também as adversidades agravadas pelos velhos problemas estruturais no nosso sistema de saúde, o qual já conhecemos.

Colocamos aqui um olhar especial sobre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. Nesse *“tempo de pandemia”*, eles foram primordiais para que os serviços *“pausados”* pelo vírus pudesse ser retomado. Vimos acima que profissionais, como por exemplo os ACS, precisaram encontrar estratégias para que o cuidado com as outras condições de saúde fossem retomadas. E foram eles, os ACS os trabalhadores mais citados pelos usuários, quando perguntados sobre de quem receberam orientações e informações sobre a pandemia.

A agente de saúde que vinham, orientavam, que eu não poderia sair, que eu tava na quarentena. Aí esse acompanhamento... eu fui respeitando (Usuário, 05)

Bom, os agentes de saúde foi muito excelente né! nesse momento de pandemia né! Eles foram muito essenciais, para a gente e que nem um momento assim, eles deixaram a gente na mão, eles sempre estavam juntos, sempre procurando saber como estava família, mesmo quando não dava tempo de passar em todas as casas, é... sempre mandar uma mensagem pra saber como estava família, né! então foi muito essencial a presença

deles tanto na rua, em casa, quanto pelo telefone. (Usuário, 06)

Os agentes de saúde, no caso nossa agente de saúde aqui que faz a rua aqui de casa. Ela sempre vem nas casas a orientar, assim, falar dos cuidados que a gente tem que ter. Ela sempre bem ativa e vem sempre informar os comunitários ne! pra tomar os cuidados, se prevenir. Ela é uma boa agente de Saúde. ela orienta pra gente se manter em casa, higienizar as coisas, não ter muito contato, o uso da máscara. Ela sempre fala pra gente não deixar de usar máscara para não contaminar a gente e nem as outras pessoas ne! que a gente tem que ter o cuidado com a gente mesmo e com o próximo da gente. Ela orienta tudo que a gente vê assim, nos meios de comunicação, ela também fala pessoalmente assim pra gente, mantendo distanciamento, que ela mantém quando ela vem em casa, ne!, ela não se aproxima muito. E a gente está tomando os cuidados que a gente também recebe e as orientações, ne! (Usuária, 07)

Bhaumik S *et. al.* (2020) reconhecem que os ACS desempenham um papel primordial na manutenção da prestação de serviços essenciais de atenção primária à saúde no combate a pandemia. Para Medina *et. al.* (2020), o ACS ajuda na conscientização e no combate ao estigma relacionado à doença, difundindo informações corretas que auxiliam no combate das fake news. Além disso, apoia as atividades educativas no território, orientando sobre a higiene, proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais, contribuindo dessa forma na constituição de ambientes seguros para a população.

Portanto, as falas acima reforçam a importância dos trabalhadores da saúde que convivem nos territórios, em especial o ACS. Nos tempos iniciais da pandemia, os ACS foram todos orientados a ficarem em casa, gerando um sentimento de desinformação, medo, insegurança por parte dos usuários, pois sempre tinham, anterior ao tempo da pandemia, uma referência de saúde na figura do ACS. Depois, a gestão reconheceu a importância desses trabalhadores na vigilância dos casos, principalmente com o agravamento da pessoa idosa, e os reintroduziu de forma segura ao serviço nos territórios, ainda na primeira onda, auxiliando no reconhecimento de casos graves e contribuindo para um atendimento em tempo oportuno de muitos usuários.

A CORUJA MINERVA OLHA PARA AS RUÍNAS DO QUE PASSOU

A coruja minerva é o símbolo da filosofia porque traz o sentido de fazer o sobrevoo no final da tarde e início da noite para avaliar o dia que se encerra. A coruja faz a sua reflexão a partir do que passou, das ruínas, dos silêncios, do ocorrido e daquilo que ficou após um dia de atividades e da intensidade do tempo vivido num determinado espaço. Do mesmo modo, fazemos uma avaliação do que passou, para olharmos para as ruínas e os feitos que a pandemia produziu nos espaço-tempos.

A avaliação do que passou, pelo ponto de vista da gestão, é exatamente a falta de gestão e de coordenação nacional e regional da crise:

Eu penso que houve uma falta de condução a nível nacional, uma coordenação nacional. Eu acho que ela fez muita falta porque cada um ficou fazendo do jeito que achava. A exemplo do enfrentamento do Aedes, que foi bem complicado, a questão da dengue, Zika e Chicungunha, você tinha uma coordenação nacional. Então o Ministério da Saúde demandava o que conjuntamente estados e municípios precisavam fazer, inclusive o Ministério da Saúde ficava mostrando diariamente o risco eminente em cada local e fazia faixa de risco. Daí não tivemos isso, inclusive a nível de estado, a Fundação de Vigilância, por exemplo, centrou muito na capital, e faltou auxiliar para mais capacidade pra gente, apoio técnico no sentido de fazer as faixas, por exemplo olha de tantos e tantos casos vocês estão na faixa vermelha, roxa, amarela. Aquilo que tinha na capital, mas não fazia prós municípios e não se reproduzia a mesma ideia. Então teve apoio técnico muito pequeno e eu acho que o estado poderia ter se unido com as outras instituições e fazer o suporte para os municípios (GS 01).

Em resposta sobre ao que aprendemos com a pandemia, os profissionais informaram que o maior aprendizado foi a solidariedade e a superação dos medos, gerados pela insegurança e falta de informações. Aprendemos a entender que uma questão tão simples e fundamental como o “ar” se tornou um insumo essencial e visível no momento da crise do Oxigênio.

Aprendemos a se colocar no lugar do outro, enfrentar os problemas independente do medo, da dificuldade ser mais solidário e valorizar a vida de quem mais amamos (ACS 02).

A pandemia nos ensinou tudo o que nós tínhamos deixado pra trás, sempre a gente coloca que o ar normal virou normal, e a gente teve que desconstruir pra reformular novos pensamentos, tava tão normal da gente não se colocar no lugar do outro, então a gente aprendeu a voltar no tempo nos princípios (ACS 02).

A solidariedade e a empatia são os grandes aprendizados na fala dos trabalhadores da saúde no período da pandemia. A solidariedade também aconteceu entre os trabalhadores porque conseguiram substituir aqueles que ficaram afastados por ser do grupo de risco, mas também por aqueles que adoeceram. Solidariedade com os usuários e a preocupação com aquelas famílias que não tinham alimento ou que estavam sofrendo com ansiedade e temor da contaminação.

Ser solidário, a palavra certa ser solidário, empatia da pessoa de se colocar no lugar da pessoa que tá sofrendo. E acho que a gente teve muita perda, mas teve muita solidariedade um com o outro (AE 01).

Uma trabalhadora da saúde lembra que o desastre na Amazônia não foi somente produzido pela pandemia, mas também pelas queimadas e pelo desmatamento. Portanto, a pandemia pode ser uma consequência das questões ambientais, gerando novos eventos epidêmicos.

A gente sabe que vive em um mundo em construção, até porque a nossa a gente vive, por exemplo, a nossa Amazônia, ela foi queimada, ela foi destruída, tá sendo destruída até hoje. Então veio a pandemia na Covid-19, a gente pode ver que pode vir outras doenças. Então, nós da saúde a gente deve estar se preparando se reorganizando pra que mais tarde outras doenças apareçam (PS 03).

Então, como olhamos para o dia que passou, mesmo que ainda não acabou totalmente, nos serve para pensar nos aprendizados, nos erros e acertos, nas ausências e nas presenças, nos devires e nas possibilidades do vir-a-ser nos territórios. A palavra que mais apareceu nesse “*olhar para o dia que passou*” foi a solidariedade e a empatia, que mobiliza os trabalhadores e gestores para uma “*normalidade*” que não normalize as desigualdades, a fome, o desemprego, a violência. Por fim, a normalidade teria que produzir uma solidariedade global para além dos limites colocados pelas fronteiras, pelos preconceitos, pelo racismo, pela xenofobia que afastam as pessoas que são, pensam e agem de modo diferente.

REFERÊNCIAS

- Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. (2020). Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. **medRxiv**; 2 mai. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.28.20082586v1>.
- Kadri, M. R. A. E.; Santos, B. S.; Lima, R. T. S.; Schweickardt, J.C.; Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface (Botucatu. Online)**, v. 23.
- Medina, M. G. et al. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, 36(7):e00149720.
- Massey, D. (2009). **Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.
- Ribeiro, S. S. C.; Valente, L. S.; Soares, E. P.; Florêncio, C. R.; Souza, A. B.; Lima, R. T. S.; Schweickardt, J. C.; Koide, N. K. C. (2021). A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas. In: Soares, Elaine Pires (org.) et al. **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas**, AM. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.

Santos, B.S. (2021). **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. São Paulo: Boitempo.

Soares, E. P.; Florêncio, C. R.; Fernandes, L. S. C.; Souza, S. P.. Cavalcante, R.P.; Schweickardt, J. C. (2022). O enfrentamento da Covid-19 em Parintins: aprendizagens com e na pandemia. In: Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022). Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela Covid-19 no Estado do Amazonas? In: **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA EM PRESIDENTE FIGUEIREDO, AMAZONAS:

entre quedas d'água,
movimentos intersetoriais
criativos para mitigar os efeitos
da Covid-19

Lupuna Corrêa de Souza

Carlos Gabriel de Souza Soares

Sônia Maria Lemos

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Júlio Cesar Schweickardt

Camilla Maria Nery Baracho de França

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 chegou no Amazonas no início de 2020 e, em poucos meses, já alcançava a maioria dos municípios do interior. Também chegou a Manicoré, localizada na conexão entre as capitais Manaus e Porto Velho. Manicoré, está situada às margens do rio Madeira, com população estimada de 57.405 habitantes (IBGE, 2021) com área territorial de 48.315,023 km², sendo a densidade demográfica de 0,97 hab/km².

O município de Presidente Figueiredo está situado ao norte da capital do estado, Manaus, há aproximadamente 107 km, com uma população estimada de 38.090 habitantes (IBGE, 2021) e com atividades econômicas centradas no extrativismo, na agricultura, comércio, serviços e especialmente no turismo. Situada em uma região repleta de cachoeiras, cavernas, lagos e rios, favorecendo o turismo ecológico que é o grande atrativo do município. Com parques ecológicos e mais de cem cachoeiras catalogadas, muitas delas economicamente exploradas, o município se beneficia largamente de um fluxo turístico constante e expansivo.

Presidente Figueiredo possui um sistema de saúde estruturado em 13 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuando em 14 unidades básicas de saúde na cidade e 6 postos de saúde rural. Os serviços de saúde na cidade contam com um hospital geral com 35 leitos. Além disso o município também tem serviços de saúde ofertados por uma policlínica, recentemente ampliada, pela qual a população geral tem acesso ao atendimento em especialidades médicas. Na cidade o sistema de saúde também dispõe de um centro de fisioterapia, uma central de abastecimento farmacêutico e um centro de vigilância em saúde e epidemiologia.

Com o avanço da pandemia de Covid-19 no território nacional e, posteriormente, municipal, Presidente Figueiredo publicou o Decreto nº 2.879, no dia 17 de março de 2020, reconhecendo situação de emergência na saúde pública no município, momento em que ainda não contabiliza nenhum caso ou suspeita de casos de Covid-19. A medida foi tomada em função da disseminação da infecção no país. Muitas medidas de contingência foram tomadas neste período, a fim de reduzir a circulação: restrição da entrada e saída de pessoas da cidade, aulas foram suspensas, cachoeiras, parques e atividades turísticas foram suspensas durante este período, duas barreiras de contingência foram montadas em dois pontos da BR-174 antes da entrada na cidade para possível rastreamento de casos. Até dezembro de 2020 o município, tendo uma unidade de referência para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios para casos de Covid-19, contabilizava 3.391 casos confirmados e um total de 36 mortes.

A segunda onda do novo Coronavírus atingiu o município em fevereiro de 2021, com o número de casos crescendo para 5.082 e de mortos para 78. Neste contexto, Presidente Figueiredo estava sob nova gestão e organizou ações de prevenção e controle para o enfrentamento do Covid-19 através de um plano municipal de contingência. O cenário de alerta consistia na suspeição de novos casos, com intensificação do monitoramento e reforço da notificação imediata. O perigo iminente desencadeou a contínua investigação e controle da atuação de alertas e articulação com serviços de referência. O cenário de emergência intensificava o fluxo de informações à população acerca da prevenção e controle e potencialização das ações de controle de transmissão local por medidas de isolamento social.

A partir do reconhecimento de características do município de Presidente Figueiredo, a estruturação de seu sistema de saúde, as medidas de enfrentamento utilizadas durante a pandemia e o entendimento do impacto do contágio pelo novo coronavírus, busca-se compreender as transformações nas práticas e saberes da população que vivenciou a pandemia de Covid-19 neste território, no âmbito de alcance da atenção básica em saúde no território municipal de Presidente Figueiredo.

Nessa perspectiva, foi realizada articulação entre Secretaria de Saúde do município e Fiocruz/ILMD (LAHPSA) para que fosse realizada uma oficina, com o objetivo de fazer a escuta dos trabalhadores e gestores de saúde, no sentido de registrar os saberes e uma produção do conhecimento local, vivido no cotidiano destes durante a pandemia. Na oficina, foi feito o registro de objetivos e estratégias de ação que ajudem os tomadores de decisão na elaboração de políticas públicas baseadas em evidência a partir dos relatos dos trabalhadores e gestores, buscando assim, uma prática mais assertiva e o fortalecimento do sistema local de saúde.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

A entrevista com os usuários foi baseada em cinco grupos de informação, conforme a metodologia do projeto de pesquisa: I- Perfil dos usuários, II- acesso aos serviços de saúde durante a pandemia, III- comunicação e informação sobre a covid-19, IV- medidas de prevenção e controle da covid-19, V- mudanças sociais produzidas pela pandemia. Participaram da pesquisa 16 (dezesseis) usuários da Unidade Básica de Saúde Francisco Xavier da Silva, Presidente Figueiredo - AM.

Em relação ao sexo, 56,3% se classificaram como do sexo feminino e 43,8% do sexo masculino. Quanto a cor: 50% se identificaram como parda/morena, 25% preta/quilombola, 18,8% branca e 6,3% amarela/asiática. O nível de instrução da amostra é de 43,8% com nível médio completo, 18,8% ensino médio incompleto, 12,5% superior incompleto, 12,5% superior completo, 6,3% pós-graduação (completa/incompleta) e 6,3% fundamental incompleto.

Quando questionados sobre qual situação melhor descreve a renda da sua família, 50% responderam que às vezes é suficiente para todas as despesas. Para 25%, sempre é suficiente para todas as despesas e 25% dizem, nunca é suficiente para todas as despesas.

No que se refere ao recebimento de aposentadoria ou benefício social, admitindo mais de uma resposta pelo entrevistados, apresentou-se: 31,3% não recebe e nenhum membro da família recebe benefício ou é aposentado. 31,3% são aposentados, 6,3% são pensionistas, 6,3% recebem aposentadoria e bolsa família e 6,3% recebem auxílio emergencial. Em uma cidade com apelo turístico e produção agrícola, a informalidade no trabalho e a escassez de renda ampliam as intersecções de diferentes setores com a produção da saúde, exigindo das respostas locais ações também integradas.

Diante do cenário sistematizado até aqui, da cidade e dos participantes da pesquisa, foram formuladas perguntas abertas e estruturadas aos usuários, com o objetivo de apreender às dificuldades enfrentadas para acessar os ser-

viços de saúde durante a pandemia e fazer uso das medidas recomendadas. Assim, o item que mais se destacou foi a comunicação sobre as medidas de prevenção da Covid-19, principalmente no que se refere ao uso de álcool em gel, lavagem frequente das mãos e o uso de máscaras.

Quando questionados sobre as fontes confiáveis de informação, os meios de comunicação como: televisão, jornais na TV e/ou na internet e Rádio se destacaram sendo mencionados em 81, 25% dos usuários, seguidos dos profissionais de saúde do território com 62,5%. Quando questionado quais as mais confiáveis, 81,25% dos apontamentos indicaram os profissionais de saúde do território, se contrapondo aos menos confiáveis com 6,5% para os meios de comunicação como WhatsApp, Facebook e Instagram, seguidas de 6,5% dos governantes como: prefeito, governador e presidente. Há aqui uma constatação muito relevante, em que a população reconhece os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde como fontes mais confiáveis de informação sobre a pandemia, relembrando que a disputa de enunciados e a proliferação de notícias falsas foram questões relevantes para a mitigação dos efeitos da Covid-19.

Sobre as medidas de prevenção executadas pelas famílias e pelos usuários, a mais efetiva foi o uso de máscara ao sair de casa, com 75% da amostra e a menos efetiva, o isolamento social com 31,25%. Quando posto para que considerassem a mais importante, 37,5% afirmou ser o uso de máscara, seguido de 12, 5% do isolamento social. Sobre o isolamento, apesar a amostra demonstrar não seguir tal normativa, indicaram possuir a consciência de que a mesma era importante. Sobre a confiança nas medidas de prevenção 56,6% se apresentou como bem confiante e 31,25% como muito confiante e 12,5% pouco confiante. Tendo 81,25% acreditando que a Covid-19 é muito grave e 18,75% acreditando que grave.

No que concerne a percepção das ações realizadas pela equipe de saúde, 75% além de ter esta percepção apontou 68,75% das informações recebidas virem pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, seguidos de 43,75% dos enfermeiros e 37,5% dos técnicos de enfermagem. A resposta demonstra a relevância da presença e da ação dos ACS nos serviços territoriais e a existência de vínculo produtivo no território. Lembrando que a amostra foi constituída por usuários de UBS.

Referente aos dados apresentados, com relação às ações comunitárias de apoio às pessoas com dificuldade no território durante a pandemia, os usuários citaram ações dos serviços de saúde e destacaram a presença do agente comunitário de saúde e enfermeiros, seguidas dos técnicos, como a mais presente e atuante, conforme um usuário expõe:

Houve uma ação que foi, os enfermeiros que foram e os agentes de saúde também lá na comunidade Bela Vista e lá eles falaram sobre o tema

né, do Covid, sobre a prevenção, também teve nas escolas também, teve escola lá na minha mão como é rio, aí as escolas se empenharam nesse papel, aí fizeram ação de corte de cabelo, deram álcool em gel, máscara também lá e teve bastante ação sobre isso (Usuário 02).

Quando questionados sobre as doses das vacinas, 68,75% receberam 2 (duas) doses e o reforço. Dos 62,5% que tiveram a Covid-19, receberam as devidas orientações pelos profissionais de saúde e no pós-Covid-19 apresentaram principalmente: dificuldade de concentração e perda do olfato e paladar. Sobre a necessidade de algum tipo de apoio psicológico, 87,5% relataram não precisar e 12,5% relataram haver necessidade desse tipo de atendimento.

Dessa forma, consideramos este tópico relevante para a compreensão das diferentes percepções das situações vividas no território, complementares ao olhar dos trabalhadores de saúde, olhares que se complementam ao somarem saberes à base científica das análises de adoecimento nos territórios afetados pela presença da Covid-19.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES

Dando continuidade a primeira parte da pesquisa apresentada em (Schweickardt et al., 2022), foi realizada a Oficina cujo título é: *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”*, em 21 de junho de 2022 na Secretaria de Saúde do município.

Na ocasião os trabalhadores de saúde e gestão, foram convidados a exporem os problema e estratégias de ação vivenciados durante a pandemia. Participaram desta, 18 (dezoito) pessoas que foram direcionadas por uma equipe de pesquisadores, os quais utilizaram a como metodologia norteadora o Planejamento Orientado por Objetivos - ZOOP e Roda de Conversa, que pode ser visto em detalhes neste livro no capítulo *“Pesquisa participativa na Amazônia: navegando entre ideias e conceitos na produção do conhecimento”*.

Dos profissionais presentes estavam: técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, sanitaristas, dentistas, médicos. A “árvore” de problema foi montada para que cada um desse sua contribuição a respeito do problema central vivenciado por eles em suas práticas diárias durante o período de 2020 e 2021, em relação aos atendimentos da Covid-19, posteriormente, foram apresentadas pelo grupo as estratégias de ação que pudessem sanar ou mitigar o problema central. Além de escreverem, foram questionados sobre as mudanças no processo de trabalho, a adaptações e sobre as perdas de pessoas próximas por infecção da Covid-19. De acordo com o Agente 01: *“dentro da estrutura do trabalho a gente não tinha muita coisa, então, foi*

preciso improvisar vários locais de isolamento, centro de referência pra gripe, contratação de pessoas, tinham poucos profissionais contatados para trabalhar só com a Covid-19".

Dessa forma, devemos considerar que houve a necessidade de algumas ações emergenciais que surgiram no contexto pandêmico de 2020 e 2021 mais enfaticamente, onde a deficiência da rede hospitalar na região tornou-se evidente, trazendo aos olhos dos órgãos formadores de políticas públicas a necessidade, não somente de ações a curto prazo como medidas emergenciais, como também, políticas públicas voltadas ao fortalecimento dessa rede de atendimento que se mostrou deficitária.

Precisamos considerar que a pandemia da Covid-19, foi algo novo, não somente para os profissionais como também para a gestão. Desafios se mostraram em todos os setores da área de saúde, seja para o cotidiano das suas funções, como também na vida pessoal. Os profissionais, precisaram se reinventar para cuidar do outro, muitas vezes abdicando de cuidar de si. Para a Agente 01:

[...] eu pude perceber que as pessoas se tornaram desumanas, porque chegavam e queriam ser logo atendidas. Elas esqueciam que existia prioridade, que existiam pessoas que precisavam de atendimento mais rápido que elas, elas não aceitavam, elas queriam ser atendidas na hora que elas chegassem nas unidades, então, foi um problema que a gente enfrentou em todos os lugares. As pessoas se tornaram mais agressivas, tanto com a gente, como com os usuários que estavam lá [...] eu trabalhei só um tempo no hospital, depois eu fui pro centro de referência. A gente ficava o dia todo lá, até de noite era o contato que eu tinha com as pessoas. Então, foi isso que eu percebi. A saúde mental delas ficou bem prejudicada [...] eu acho que todo mundo sofreu nessa pandemia, eu não consigo dizer quem mais sofreu.

Nessa perspectiva, é conveniente reconhecer que a vulnerabilidade não foi algo particular dos pacientes a serem atendidos, a situação de risco também atingiu os profissionais de saúde. De acordo com a Agente 01, mais vulneráveis que os profissionais de saúde, foram os mais carentes que no município, tiveram que parar com suas atividades que geralmente estão ligadas a agricultura, e por este motivo não tinham renda. Muitos dos que foram atendidos na unidade de saúde que a Agente 01 trabalhava, eram alimentados com as marmitas fornecidas para os trabalhadores da saúde. Segundo ela:

A gente pegava as nossas marmitas e dava para eles. E a gente dividia entre a gente o que sobrava, porque eram vários pacientes falando disso. E eles adoeciam nem era de Covid-19, às vezes, eles iam lá porque eles estavam atordoados e preocupados, e eles iam lá buscar atendimento, porque eles começavam a elevar pressão, glicemia dor de cabeça dor no peito e eles achavam que era a Covid-19, mais chegava lá, e não era, era uma crise de ansiedade porque eles não estavam trabalhando.

Isto posto, de acordo com os relatos de experiência expostos na oficina, trouxe profundas reflexões sobre o SER, no sentido da própria existência. A Agente 01 relatou: *“a gente não trabalha sozinho, a gente precisa trabalhar, aprender a contar com a ajuda das pessoas e ajudar as outras pessoas também e aprender a se colocar no lugar das outras pessoas principalmente dos pacientes”*, para ela:

Às vezes, a gente recebe paciente que ele é muito chato, ele é enjoado ele quer ser atendido. Ele reclama, e a gente fica chateado com ele, mas quando a gente vai ver... ele ainda não comeu, ele mora sozinho, não tem quem cuide dele, ele veio de muito longe pra ser atendido. Tá com fome, tá sentido dor, então do começo da pandemia, durante um tempo a gente aprendeu a se colocar no lugar desse paciente, a gente chamava pra sentar no ar condicionado, a gente oferecia comida: cafezinho, água, e às vezes eles até compartilhavam com a gente o que estava acontecendo, e daí como o CRAS era bem na frente, a gente encaminhava pro acompanhamento psicológico do outro lado da rua, não no começo, mais pra cá já tinha esse atendimento pra gente.

Como resultado dos relatos, podemos constatar a relevância e necessidade de pensar em formas inovadoras de implementar processos de desenvolvimento regional aplicados aos municípios e com o uso de diretrizes sobre todos os bens e recursos, tangíveis e imateriais, genéricos e específicos, públicos e privados, de um determinado território, considerando o lado humano e intelectual. Além disso, é importante considerar os conhecimentos e saberes locais, a dinâmica social local para a construção de políticas públicas de saúde que impactem sobre as condições de vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta inicial deste capítulo foi trazer os apontamentos realizados por trabalhadores e gestores de saúde do município de Presidente Figueiredo, além da percepção dos usuários em relação a suas experiências durante a pandemia. Com isso, buscamos uma prática do cuidado mais próxima dos territórios, com fortalecimento do sistema local de saúde.

Em 2020, no início da pandemia, os participantes revelaram uma realidade frágil, com o cenário de escassez de oxigênio, falta de trabalhadores de saúde, ineficiência de protocolos e fluxos de atendimento, ausência de estruturas físicas que comportassem as demandas e falta de profissionais de insumos necessários para a manutenção da vida. Mas também vieram à tona: um olhar mais humanizado por parte dos profissionais de saúde como colocado pelos trabalhadores da saúde, trouxe a valorização da família e a busca por soluções que inicialmente pareciam impossíveis de serem alcançadas.

Em Presidente Figueiredo, a ação territorial, onde há cobertura de atenção

básica, mostrou eficácia e eficiência, com a população reconhecendo e valorizando as orientações e medidas de enfrentamento adotadas pelo SUS no município. O que observamos é que os trabalhadores e trabalhadoras da saúde tiveram que se reinventar para superar os limites do conhecimento sobre o vírus, sendo necessário um trabalho mais intersetorial e coordenado entre a vigilância e a atenção básica.

REFERÊNCIAS

Brasil. (2020). **Decreto nº 42.062, de 17 de março de 2020**. Dispõe sobre a declaração de situação de emergência na saúde pública do Estado do Amazonas, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), e institui o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate ao Covid-19. Recuperado de <https://leisestaduais.com.br/am/decreto-n-42063-2020-mazonas-dispoe-sobre-medidas-complementares-temporarias-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-novo-coronavirus.htm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Recuperado de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/presidente-figueiredo/panorama.htm>

Relatório da Oficina do Município de Presidente Figueiredo. (2022). **Relatório de Atividades da 20 etapa de ações da pesquisa Covid-19**. Pp. 4-6.

Schweickardt, Júlio Cesar (org.) et al. (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C., Ferla, A.A., Lemos, S.M., Guedes, T.R.O. das N., & Reis, E.S. (2022). Como não falar sobre as transformações sociais produzidas pela Covid-19 no Estado do Amazonas? In: Schweickardt, J.C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp.12-29).

Soares, C. G. de S., França, C. M. N. B. de., Santos, I. C. P. A. M. dos., Araujo, T. A. (2022). O enfrentamento à Covid-19 no Município de Presidente Figueiredo. In: Schweickardt, J.C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). (pp. 189-198).

Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo. (2022). **Diagnóstico Situacional para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025**.

O CUIDADO EM SAÚDE NA DIMENSÃO TRANSFRONTEIRIÇA: gestão e trabalho numa pandemia

*Júlio Cesar Schweickardt
Ana Elizabeth Sousa Reis
Cristiane Ferreira da Silva
Janayla Bruna Almeida de Oliveira
Viviane Lima Verçosa
Klaus Estivens Lima Salazar
Jackeline Cristina Duque Ocampo*

PALAVRAS INICIAIS

No mito de origem do povo Tikuna, as pessoas foram pescadas pelo YOI, e naquele tempo as pessoas eram peixes, que eram alimentados das cinzas de IPI, irmão de YOI; quando IPI batia na terra, transformava os peixes em pessoas. O mito explica a origem do povo, mas, ao nascer uma criança, a origem vai sendo revivida no presente, passando a fazer parte do povo, de uma nação, de uma família. Esse constante renascer das águas nos faz esperar para novos dias e para o renascimento das relações e das formas de viver na relação entre os humanos e não humanos.

A origem da pandemia pode ter acontecido na China ou em qualquer outro lugar, mas o fato é que produziu transformações e mudanças profundas na vida das pessoas em todo o planeta. Foi no lugar da vida das pessoas que foi sentida, no aqui e no agora, que foi experimentada. Por isso, trazermos as narrativas de usuários e trabalhadores na experiência da pandemia é um exercício de recriação e de memória das experiências que passaram, mas que continuam sendo atualizadas no presente. Até porque o fantasma do vírus ainda paira sobre as nossas vidas, apesar das vacinas e de todas as estratégias de enfrentamento seja pelos serviços públicos como pelas práticas tradicionais populares e indígenas.

No capítulo “A Covid-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM” (Schweickardt *et al.*, 2022) tratamos dos esforços da gestão no combate da pandemia e informações sobre os dados epidemiológicos.

Vimos que a fronteira exigiu uma vigilância diferenciada e muita negociação tanto no Brasil como com os outros países. A realidade transfronteiriça tem sua própria dinâmica e a sua cultura, exigindo olhares e fazeres distintos, pois as coisas não são nem exatas nem “claras”, mas estão mais para diferentes tons de cinza.

A pesquisa *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”* teve como principal objetivo analisar as transformações sociais causadas pela pandemia na população. Sendo assim, realizamos entrevistas com usuários, trabalhadores e gestores da saúde, e, por fim, uma oficina com os trabalhadores da saúde para discutir os principais problemas que a pandemia trouxe para o trabalho e gestão. Ao final, tivemos os relatos sobre a experiência da pandemia tanto para o trabalho como para a vida pessoal. Nesse texto, buscaremos discutir alguns desses resultados e refletir sobre a pandemia no contexto transfronteiriço.

A Covid-19 é considerada um dos grandes eventos de saúde pública que impactou a saúde global na história. A pandemia ainda está em curso em todo o mundo, apesar de mostrar atualmente uma tendência de redução de circulação do coronavírus, devido a vacinação que levou a queda dos casos graves e demandas por leitos de internações e de mortes. A pandemia continua a ter o status de emergência global, podendo estar próxima do fim se os países continuarem no enfrentamento com as ferramentas disponíveis, especialmente com a vacinação. Apesar desse período de convivência com as diversas variantes do vírus, ainda estamos aprendendo porque não se tem um padrão de sazonalidade. O acúmulo de experiência e aprendizados com essa emergência sanitária e civilizatória podem auxiliar no enfrentamento da atual pandemia de futuros eventos (Hernández, 2022; Schweickardt, 2022).

“A pedagogia do vírus”, como expressa Boaventura de Sousa Santos (2021), não se reduz a descrever os erros e acertos, mas é um método de análise. Por isso, o aprendizado não pode ignorar a experiência dos usuários, dos trabalhadores, das comunidades ribeirinhas e indígenas, as relações entre humanas e não-humanas, as questões ambientais, as relações entre culturas e povos, as questões do cotidiano. As possibilidades são múltiplas porque a realidade é complexa e polifônica, assim como as possibilidades de aprendermos com este fenômeno que foi do local para o mundial e do mundial ao local.

A pandemia do Covid-19 na tríplice fronteira produziu uma disrupção e desestruturação dos serviços prestados à população nos três países (Brasil, Colômbia e Peru), especialmente na Atenção Básica que é a principal porta de entrada das pessoas. Cabe destacar que as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) atendem os moradores dos três países pela universalidade da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Houve um impacto na

economia formal e informal ocasionada pelo fechamento das fronteiras no momento inicial da crise.

Nos três países, de modos distintos, enfrentaram as mesmas incertezas, escassez de materiais e insumos, informações contraditórias, gerando fragilidades na capacidade de resposta. No entanto, houve uma tentativa de fortalecer as relações e práticas transfronteiriças no enfrentamento a pandemia (Santos, 2020; Schweickardt, 2022). Essas questões se refletem nas falas dos entrevistados e nos relatos dos trabalhadores e gestores da saúde.

CIDADES DA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU

A Cidade de Tabatinga está na fronteira seca com a cidade de Letícia, Colômbia, e fronteira fluvial com Santa Rosa, Peru. O município tem 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 02 hospitais com 20 leitos semi-intensivos. Recentemente foi inaugurada a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mas até o momento desta escrita, não estava funcionando efetivamente. Para a atenção da população indígena, possui três Polos do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) (Tabatinga, 2022).

A cidade de Letícia está localizada no extremo sul da Colômbia, sendo capital do Departamento do Amazonas. Apesar de estar distante dos principais centros urbanos do país, sem comunicação rodoviária, constitui um importante elo comercial com o Brasil devido à sua situação de cidade fronteiriça no rio Amazonas e próxima ao marco tripartite com Peru e Brasil. A população, em 2021, segundo do DANE, é de 50.811 habitantes. Em Letícia, existem duas instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS) de segundo nível com Unidades de Cuidados Intermediários Maternos (UCIM), um IPS indígena, um IPS para docentes, um IPS do regime misto e quatro centros básicos de saúde militar. Todas as atenções que exijam maior complexidade devem ser encaminhadas para fora do departamento²⁰ (Echeverri, 2011).

No Peru, a comunidade de Santa Rosa del Yavari faz parte da fronteira. Está localizada no distrito de Yavari, na província de Mariscal Ramon Castilla, Departamento de Loreto. Santa Rosa possui um posto de saúde, quando há necessidade de atendimento mais complexo, os pacientes são encaminhados para a cidade de Iquitos. Na prática, os peruanos se tornam usuários do SUS, tanto na Atenção Básica como na média complexidade, com destaque nos partos (Soares *et al.*, 2019; Levino, 2011).

A tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru é uma área aberta, faz fronteira seca com a Colômbia e fronteira fluvial com o Peru. Trata-se de um território em

20 - Secretaria de salud departamental Amazonas (2022). Letícia, Colômbia.

constante movimento devido à grande mobilidade dos próprios moradores, visitantes/turistas, migrantes, estrangeiros, diversidades étnicas (indígenas) e rotatividade de trabalhadores (Peiter, 2005; Peiter, 2013; Suárez-Mutis, 2010). Além disso, é uma região marcada por conflitos em torno do desmatamento e de questões socioambientais que envolve os territórios das populações indígenas (Peiter, 2007; Schweickardt *et al.*, 2022).

Na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru a vigilância tem um processo integrativo, independente do sistema de saúde de cada país, promovendo ações de prevenção e de combate às epidemias regionais. No entanto, nem sempre as instituições nacionais conseguem dialogar devido às particularidades de cada país. Contudo, durante a pandemia, o Gabinete de Gestão Integrada de Fronteira–GGIFRON estabeleceu orientações para um enfrentamento da pandemia de modo coordenado.

A PESQUISA NO TERRITÓRIO DE FRONTEIRA

A pesquisa foi de caráter qualitativo com a interpretação das narrativas dos profissionais de saúde. Foram entrevistados sete profissionais de saúde que atuam na atenção básica do município de Tabatinga e um gestor. As entrevistas foram transcritas e foram analisadas com o auxílio do software MaxQDA.

Para a análise de conteúdo, utilizamos como referência Bardin (2016). Na primeira etapa, realizamos a pré-exploração de todo o corpus que consistiu de leituras repetidas e registros relacionados ao tema principal. Posteriormente foram identificadas as falas, relacionadas com as ações do trabalho na pandemia. Por fim, as falas foram discutidas através do referencial teórico utilizado na pesquisa.

A segunda etapa da análise dos dados se constituiu no processo de codificação e categorização das falas e manifestações emergentes pelo critério de relevância. Campos e Turano (2009) esclarecem que a relevância dos dados não se refere às quantidades, ou repetição de fatos ou acontecimentos, mas estão intimamente vinculados à compreensão dos fenômenos pesquisados. Nesse sentido, buscou-se identificar os diferentes “*núcleos de sentido*” do material, que foram as seguintes: a) Ações ou comportamentos relacionados ao ambiente de trabalho, b) Comunicação, c) Integração, vigilância e atenção em saúde. Após o processo de codificação, esses diferentes núcleos temáticos foram agrupados, a partir de suas características comuns, considerando o material de análise e o referencial teórico.

Inicialmente, organizamos uma lista por ranking de frequência das palavras mais pronunciadas pelos profissionais de saúde, gerando uma nuvem de palavras para a visualização. No ranking de frequências de palavras mais utilizadas pelos trabalhadores da saúde se destacaram: saúde com 79 frequências, pan-

demia com 54 frequências, profissionais e trabalho com 32 frequências, Covid-19 e enfrentamento com 20 frequências. As 24 palavras geraram a nuvem, conforme imagem abaixo.

Figura 17. Nuvem de palavras dos trabalhadores da saúde de Tabatinga.



Fonte: Elaboração própria.

O destaque para a palavra “*trabalho*”, repetida por 32 vezes, demonstra o que significou em relação ao tempo e à necessidade de estar presente na “*linha de frente*” para o enfrentamento da pandemia. Desse modo, entendemos a relevância de analisarmos como se deu a gestão do trabalho pelo ponto de vista dos trabalhadores.

A “*linha de frente*” formada pelos profissionais de saúde impactou diretamente no cuidado à saúde da população. Isso foi identificado ao analisarmos 32 entrevistas realizadas com usuários da atenção básica, e gerados dados quantitativos que demonstramos na Tabela 6.

Tabela 6. Perfil dos usuários da atenção básica

1 - Houve algum óbito na família devido a Covid-19?	Nº	Total
Não	21	69%
Sim	9	31%
Total geral	30	100%
2 - Você precisou de algum tipo de apoio psicológico?	Nº	Total
Não	26	86%
Sim	4	14%
Total geral	30	100%
3 - Houve mudança na sua vida social?	Nº	Total
Não	8	28%
Sim	22	72%
Total geral	30	100%
4 - As mudanças aconteceram em que área da tua vida?	Nº	Total
Estudo	1	3%
Estudo, Relações sociais	1	3%
Família	4	14%
Família, Estudo, Relações sociais	1	3%
Família, financeira/renda	1	3%
Família, Financeira/renda, Estudo, Relações sociais, Religião	1	3%
Família, Relações sociais	2	7%
Família, Trabalho	2	7%
Família, Trabalho, Estudo	1	0%
Família, Trabalho, Estudo, Relações sociais, Religião	1	3%
Família, Trabalho, financeira/renda	2	7%
Família, Trabalho, Passei a exercer mais minha fé em Deus	1	3%
Financeira/renda	1	3%
Financeira/renda, Estudo, Relações sociais	1	3%
Não houve	1	3%
Não se aplica	1	3%
Não se aplica	2	7%
Não teve	1	3%
Relações sociais	3	10%
Trabalho, financeira/renda	1	3%
Trabalho, Relações sociais	1	3%
Total geral	30	100%
Sim	22	72%
Total geral	30	100%
5 - Quais dificuldades você teve em relação ao emprego/trabalho?	Nº	Total
Aumentou a carga de trabalho	14	48%
Foi demitido	2	7%
Não houve	1	3%
Não tive dificuldades em relação ao emprego/trabalho	8	28%
Não tive dificuldades.	1	3%
Redução da carga horária e salário	3	7%
Solicitou demissão	1	3%
Total geral	30	100%

6 - Você viajou nesse período da pandemia para outros municípios/estados?	Nº	Total
Não	17	55%
Sim	13	45%
Total geral	30	100%
7 - O que contribuiu para superar as dificuldades criadas pela Covid-19?	Nº	Total
As atividades da Igreja	2	7%
Não precisou de ajuda	4	14%
Não precisou de ajuda, não teve ajuda	1	3%
Não teve ajuda	2	7%
O apoio familiar	12	38%
O apoio familiar, A ajuda de instituições – ONGS e outros	1	3%
O apoio familiar, A ajuda dos amigos	6	21%
O apoio familiar, A ajuda dos amigos, O apoio dos vizinhos	1	3%
O apoio familiar, As atividades da Igreja	1	3%
Total geral	30	100%
8 - O que foi possível aprender com a pandemia?	Nº	Total
Cuidar mais da saúde	5	17%
Não houve mudança/aprendizado	1	3%
Valorizar a família	23	76%
Voltar-se mais para a religião	1	3%
Total geral	30	100%

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao perfil dos entrevistados, 31% destes relataram que tiveram a perda por óbito de algum membro da família óbito em decorrência da Covid-19. E 14% dos entrevistados disseram que precisaram de algum tipo de apoio psicológico durante o período de pandemia.

Quanto a mudanças sociais durante a pandemia, 72% dos entrevistados falaram que ocorreram mudanças na vida social. Uma vez que vários protocolos precisaram ser respeitados, não só pelos profissionais, como também pelos demais moradores, usuários, comércio, igrejas, escolas e outros setores, impactando desta maneira a vida de todos.

De maneira geral, as mudanças que mais ocorreram na vida dos entrevistados, foi na área familiar sendo que 14% dos entrevistados responderam que sofreram mudanças nessa área, seguido de relações sociais com 10%. Em sequência outros entrevistados responderam obtendo o mesmo percentual de 7%, que tiveram mudanças nas áreas, família e relações sociais, família e trabalho, família, trabalho e renda.

Ao responder sobre as dificuldades relacionadas ao emprego/trabalho, 48% dos entrevistados informaram que houve o aumento na carga horária trabalhada durante a pandemia de Covid-19, cenário este que foi vivenciado por muitos profissionais do Brasil e do mundo, trabalhadores de saúde e das demais categorias que trabalharam exaustivamente, muitos destes chegaram a morar em

hospitais e mudarem de suas casas para outros locais, buscando evitar a contaminação entre seus familiares. E cerca de 45% dos entrevistados precisaram viajar para outros municípios e estados, durante a pandemia.

A pandemia gerou impactos e mudanças em diversas dimensões da vida das pessoas, entre elas na dimensão social e de trabalho, psicológica, alimentar, financeira, educacional, nas crenças, valores. Para 38% dos entrevistados, o que contribuiu para a superação das dificuldades geradas pela Covid-19, foi o apoio familiar, enquanto para 21% foi tanto o apoio familiar quanto o apoio de amigos. Quanto ao que foi possível aprender com a pandemia, 76% dos entrevistados responderam que foi valorizar a família e para 17%, cuidar mais de sua saúde.

GESTÃO DO TRABALHO NA PANDEMIA

Os trabalhadores de saúde declararam que tiveram uma sobrecarga de trabalho durante a pandemia, pois foi necessário adequar as suas atividades, realizar um planejamento e gestão em ritmo acelerado, principalmente nas primeiras ondas de contaminação do vírus. Os trabalhadores necessitaram se reinventar para o enfrentamento de um agente desconhecido, invisível e que seguia alastrando-se gradativamente, contaminando a população e fazendo inúmeras vítimas fatais:

E, também, nós não tiramos férias porque a gente estava no foco Covid, fazendo a busca ativa e cuidando dos pacientes (ACS 01).²¹

É a gente entrava às 07 horas e saía às 12 horas, e não tinha horário pra gente tá na área, principalmente aqueles das áreas infectadas, a gente tinha que tá na área todos os dias (ACS 01).

O aumento da carga de trabalho, né... a gente tinha hora para entrar, mas não tinha hora mais para sair (...) a gente teve que se adequar a essa nova realidade. Os profissionais não tinham esse tempo e nem hora, não tinham dia, não tinham local, era todo dia era toda hora você tinha que tá. Tiveram que se desdobrar estavam acostumados com aquela carga horária e se o outro companheiro que não comparecesse você tinha que dobrar seu horário para cumprir o horário do companheiro (GS 01).

Para responder à demanda, a gestão necessitou contratar mais trabalhadores para responder à demanda e substituir aqueles que adoeciam ou que ficavam de luto. Foi realizada uma *“contratação emergencial”*. A gente contratou mais ou menos 120 profissionais de saúde que ajudaram a suprir a

21 - Utilizaremos as aspas ou destaque para nos referir às falas dos trabalhadores de saúde e gestores do município de Tabatinga, Amazonas, em maio de 2022. Portanto, vamos omitir o nome do município na referência à fala. Utilizaremos as seguintes siglas: PS para se referir ao profissional de saúde, ACS para Agente Comunitário de Saúde e GS para Gestor da Saúde.

necessidade nos locais. (GS 01).

Fizemos várias contratações em várias áreas da saúde do qual teve contrato pro SAMU, técnicos de enfermagem, para médico, enfermeiros, então foi mais para tratamento, para pessoas que seriam atendidas domiciliarmente, o pessoal contratado específico do Samu ficava diretamente (GS 01).

Além disso, os trabalhadores que tinham comorbidades também foram afastados, justificando a contratação e também o remanejamento de trabalhadores de outros setores para auxiliar na “*força tarefa*”.

Sim, vários amigos nossos que tinham ou diabetes ou eram hipertensos então a maioria entrou com atestado médico e teve uma grande demanda de funcionários que saíram. Então, nós que estávamos na linha de frente foi preciso trazer profissionais de outros lugares como da educação, do esporte, que não eram acostumados a lidar com esse tipo de doença e nem nós estávamos preparados, mas nos ajudaram a cumprir barreiras e essas coisas então só era orientado a colocar os nomes de quem entrava e saia, então era um trabalho que não requer muito esforço diretamente de pessoas que estavam com a doença (GS 01).

A Educação Permanente em Saúde não foi uma estratégia realizada na maioria dos municípios brasileiros, apesar de ser recomendada devido à situação emergencial e inédita da pandemia, especialmente para os trabalhadores da Atenção Básica (Bousquat *et al.*, 2020). O gestor informa que foi realizado o treinamento dos trabalhadores em relação ao uso e adesão aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). As ações tiveram que ser pensadas a partir da necessidade estratégias sanitárias para sua própria prevenção. Assim, foram realizados “*treinamento de biossegurança*”; “*treinamento com os protocolos da covid*”; “*treinamento introdutório a questão da pandemia para eles assumirem suas funções dentro do município*” (GS1).

O treinamento foi com as luvas que a gente não tinha, e que tinha que colocar no tempo certo, não tinha que ter contato com o paciente e também a gente teve as mudanças, que a gente não podia entrar nas casas dos pacientes com Covid, porque a gente contaminava os pacientes ou a gente se contaminava, porque na época a gente não sabia quem tinha Covid (GS1).

Os trabalhadores da Atenção Básica, vigilância e da gestão tiveram que se apropriar de um equipamento de trabalho que nunca tinha sido exigido, mas a nova situação sanitária exigiu um aprendizado no uso de EPI”, tendo “*uma adesão muito boa*”. Nesse sentido houve mudanças no processo de trabalho, sendo adquiridos novos procedimentos a partir dos protocolos sanitários:

O comportamento dos profissionais foi alterado, principalmente nas

medidas sanitárias, lavagem das mãos que se tornou constante, o uso de máscaras, distanciamento social, e tudo isso são medidas que vigoram até hoje entre os profissionais de saúde nos serviços também ainda continua em vigor (GS1).

Acredito que as principais mudanças foram na questão dos cuidados com o uso dos EPI, antigamente máscara, touca, jalecos, luvas, eles eram muito optativos do profissional pra utilizar ou não, hoje em dia, com a Covid, acredito que a gente conseguiu utilizar melhor e mais esses recursos e evitando não só a Covid, como outras doenças virais, que antes eram bem comuns, durante os trabalhos, como a gripe, amigdalite, e outras doenças de transmissão respiratória, a gente conseguiu evitar bastante com a utilização desses EPI (GS1).

A dinâmica fronteira necessitou de estratégias específicas, como foi o caso das barreiras sanitárias entre os países. Numa situação de crise sanitária, a gestão em saúde de uma região de tríplice fronteira torna os desafios ainda maiores porque precisa gerenciar as diferentes competências em instituições que são federais, estaduais e municipais: *"(...) criar fluxos, delegar certas situações e responsabilidade a outros entes"* (GS1).

EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A velocidade da propagação do vírus, somadas às novas variantes, exigiu formas diferenciadas para a informação e comunicação em saúde. As informações sobre os adoecimentos e contaminação, as mortes, a falta de insumos, a crise do Oxigênio já eram notícias “prontas” que chegavam até às casas da população. Nesse caso, havia uma mensagem que reside na própria presença do vírus (Santos, 2021).

As ações de educação e comunicação em saúde realizadas pelos trabalhadores e gestores da saúde ocuparam um lugar de destaque, pois não se restringiram somente à transmissão de informações. Araújo e Cardoso (2007) reforçam que através do diálogo, da troca, os profissionais de saúde desempenham o papel de mantenedores ou transformadores de realidades, uma vez que através da conversa com o usuário, o profissional de saúde consegue vislumbrar melhor os modos de vida e suas vivências dos usuários do sistema único de saúde.

Em Tabatinga, foram utilizadas diferentes estratégias de comunicação: *"nessa propaganda, o município utilizava antes o carro de som e as rádios, para a passagem de diretrizes e as normas e panfletos, palestras, essas coisas, eram feitas tanto nas escolas, quanto no posto de saúde"* (PS 01). Maciel et al. (2020) alertam sobre o formato da comunicação através de informações técnicas e estruturadas em padrões biomédicos, esquecendo de considerar o universo de vida dos usuários, especialmente quando temos uma região de

fronteira e de presença de diferentes etnias e línguas (Cortés, Reis, Rapozo, 2020). Assim, as informações contextualizadas que dialogam com o mundo de vida das pessoas, tem a chance de ser compreendida e produzir efeito.

Um exemplo disso, foram os programas de rádio locais, que transmitiam as informações repassadas pelos profissionais de saúde, com a tradução para os mais de 46 falantes da língua Tikuna. O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS) produziu diversos materiais referentes ao novo coronavírus, como vídeos, áudios, panfletos, com tradução para a língua Tikuna. As informações abordavam as estratégias não farmacológicas como uso de máscaras, lavagem das mãos, dentre outros. Com a disponibilidade da vacina, também foram necessárias estratégias de comunicação, especialmente quando havia uma campanha de antivacina divulgada pelo próprio presidente da República.

A Agente Comunitária de Saúde demonstrou preocupação referente a sua percepção sobre as informações repassadas por sua equipe de saúde: *"Eu acredito nas informações, porque se a gente tivesse informado mais os pacientes sobre as máscaras sobre a saída das pessoas fora de cada sem máscara. Então isso faltou mais informações pra eles da parte da saúde. Eu acredito que foi isso, nós não levamos mais orientações pra eles"* (ACS 01).

A qualificação do trabalhador, através da educação permanente em saúde, é também uma forma de fazer a gestão do cuidado e do trabalho quando necessitam construir informações no encontro com o usuário. No encontro entre trabalhador e usuário acontece o diálogo e, ao mesmo tempo, se processam as informações. Portanto, não são os protocolos em si que são repassados mecanicamente, mas formas de fazer o cuidado através de tecnologias leves. Isso é mais radical quando se trata da ESF e dos territórios de vida das pessoas.

Antes da chegada da pandemia, em várias cidades do Brasil os carros com som alto falantes eram utilizados para inúmeros fins, dentre eles divulgação de eventos, vendas e anúncios. Durante o período pandêmico, este meio de comunicação foi utilizado sabiamente para a transmissão de diversas informações referente a Covid-19. Foram divulgadas as campanhas de vacinação e outras informações sobre toque de recolher, barreira sanitária, isolamento social. A gestão distribuiu faixas nas principais vias da cidade com orientações. As informações transmitidas pelos carros de som, puderam chegar aos bairros mais distantes da cidade, como retrata a agente de saúde.

Bem, aqueles alto falantes que estavam nas ruas orientando os pacientes, como eles tinham que sair do domicílio para não serem contaminados, faixas também a gente fazia nas ruas sobre as orientações aos pacientes para os cuidados que eles tinham que ter (ACS 01).

A mídia comercial também colaborou com a divulgação de informações através de boletins epidemiológicos acerca do cenário da Covid-19 em Tabatinga, entrevistas com os gestores com a participação dos ouvintes. Assim, foram realizadas *"entrevistas com as áreas técnicas de saúde, tanto com radialistas, como a imprensa escrita, como a imprensa televisionada. Dentro do município, esse tipo de informação era veiculado diariamente, todos os dias, às 4h da tarde"* (GS 01).

Com a internet e as possibilidades de acesso através de aparelhos portáteis, surgiu um universo expansivo, estabelecido por Castells (2000) como Coletividade em Rede, com alicerces social integrada por uma malha apoiada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Desse modo, foi possível uma comunicação social global, através da rede de internet que ultrapassa fronteiras geográficas. Durante a pandemia a conexão via mundo virtual foi intensificada, uma vez que, com a pouca possibilidade de contato físico, ficou à disposição para a rotina online (Preciado, 2020).

Na região da tríplice fronteira o acesso à internet e às redes sociais ainda é difícil pela distância dos grandes centros e pela falta de infraestrutura. Quem viaja para Tabatinga já sabe que terá dificuldades de acessar a rede, mas ainda é possível se comunicar pelo WhatsApp. As ações de educação e comunicação em saúde foram disseminadas através dessas mídias sociais. *"A própria secretaria e a prefeitura municipal divulgavam nas suas páginas oficiais, nas suas mídias sociais"* (GS 01).

No entanto, as redes sociais também são um caminho para as chamadas fake news, trazendo pânico à população através da desinformação. As notícias falsas criam grandes problemas aos trabalhadores e gestores da saúde, e nem sempre os usuários têm as condições necessárias para avaliar as informações veiculadas nessas redes, uma vez que não há rigor no controle dos conteúdos publicados (Falcão; Souza, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 contribuiu para fortalecer as capacidades de preparação e resposta, levando a saúde às comunidades e as mudanças qualitativas no enfrentamento as emergências em saúde pública, e trazendo uma visão prospectiva. A pandemia mostrou as equipes de saúde há necessidade de análises e proposições para enfrentamento da mesma através da vigilância epidemiológica oportuna, buscando a introdução no contexto dos casos, a situação do SUS nas emergências em saúde pública, a gestão de risco, o papel do SUS nas respostas às emergências em saúde pública, com foco nas capacidades de enfrentamento, da preparação e resposta, da gestão do conhecimento, da informação logística em saúde pública, da comunicação de riscos, das lições aprendidas e organização do SUS de modo geral (Schweickardt, 2022).

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta. A vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente de emergências em saúde pública. A preparação e a resposta às emergências reduzem os impactos na saúde pública e a coordenação entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços de saúde é essencial para uma resposta oportuna. Os órgãos consultivos, desempenham um papel essencial de suporte aos Estados e aos municípios na resposta às emergências em saúde pública, em determinados países, em uma análise rápida feita na composição dos membros da força tarefa de resposta à Covid-19 é de grande maioria universidades e institutos governamentais de renome, onde pesquisas rigorosas são conduzidas no sentido clássico, muitas vezes sob condições de ensaios clínicos ou laboratoriais. Em outros países são apenas governamentais. Nesses casos, pelo menos parece haver uma presença mais forte de setores não-saúde, embora em detrimento da expertise não governamental (Rajan, 2020).

Os tomadores de decisões em todos os níveis de governança devem abordar de forma mais sistemática a resposta à Covid-19 como um apelo para uma predominância das questões abordadas acima e evidenciadas, que reforçam a necessidade de contorná-las para uma efetiva governança em emergência de saúde pública, tomando a experiência da Covid-19 para reconhecer os efeitos multidimensionais e as necessidades da sociedade durante esta crise, consultando dentro e fora da saúde. Como necessidade de mais transparência a quem os órgãos decisórios estão ouvindo como base para as suas decisões de seguir as recomendações da comunidade científica, inclusão da participação social nas decisões, levando em consideração suas percepções e vivências, uso adequado das tecnologias de informação, ter a equidade como eixo transversal obrigatório e prioritário nas políticas, coordenação e cooperação transnacional, fortalecimento do multilateralismo enquanto instituição, investimento em ações para reverter as intensas desigualdades sociais, reconhecendo que as composições da força-tarefa Covid-19 não são a indicação única de cujas vozes estão incluídas na tomada de decisões (Rajan, 2020).

Nos três países, de modo distinto, vivenciaram o caos e construíram estratégias para o seu enfrentamento. A fronteira não será mais a mesma depois da pandemia porque aprendemos que para a produção da saúde as fronteiras são limites geopolíticos, mas não limitam a ajuda humanitária e a solidariedade com o outro. Apesar dos diferentes sistemas de saúde entre os países, foi possível construir estratégias coletivas. No entanto, ainda são necessárias ferramentas que possibilitem a socialização contínua das informações em saúde entre os países, para que a integração não seja somente um fenômeno; Integrações internacionais somente em situações de crise (Covid-19); Legislação internacional não atende as necessidades em saúde nas áreas de fronteira (cada país adota a sua), sem integração.

Ou seja, nas fronteiras há uma necessidade expressiva de integração que abrange as dinâmicas transfronteiriças, e que seja planejada no território que venha envolver a micropolítica da saúde local, e esta não venha ocorrer apenas em momentos de crise como foi na pandemia da Covid-19 (Santos, 2020).

Emerge a discussão sobre a importância de se pensar em dinâmicas de enfrentamento sobre as condições de saúde e doença que necessitam ser olhadas a partir de realidades distintas, de povos, territórios, países e nacionalidades que caracterizam a realidade do município de Tabatinga/AM.

REFERÊNCIAS

Araújo, I. S.; Cardoso, J. M. (2007). **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 152 p. (Coleção Temas em Saúde).

Araújo, I. (2003). Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 8, p. 46-57, jul./dez. Número especial.

Bardin, L. (2016). **Análise de conteúdo**. Edições 70.

Bousquat, A.; Giovanella, L.; Medina, M.G.; Mendonça, M.H.M.; Facchini, L.A.; Tasca, R.; Nedel, F.; Lima, J.G.; Mota, P.H.S.; Aquino, R. (2020). Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. **Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

Brasil (2003). Governo do Estado do Amazonas/Secretaria do Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Amazonas**.

Campos, C. J. G & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam clínico- qualitativo: aplicação e perspectivas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ncc5MZ9hYGGhQXD-gXW7sVnb/abstract/?lang=pt>

Castells, M. (2000). A sociedade em rede. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra. v. 1, **A era da informação: economia, sociedade e cultura**.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). **Censo**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em, 23

Cortés, J. J. C.; Reis, R.; Rapozo, P. (2020). Perfil indígena dos municípios do Alto Solimões-AM/Brasil e dos departamentos da amazônia Colombiana [**Nota Técnica**].

Couto, E. S. et al. (2020). #fiqueemcasa: educação na pandemia da Covid-19. **Educação**, v. 8, n. 3, p. 200-217.

Echeverri, J. A. (2011). **Mundo amazônico**, vol. 2.

Euzébio, E. F. (2015). Fronteira e horizontalidade na Amazônia: as cidades gêmeas de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Acta Geográfica**, 8(18), 1-19.

Falcão, P.; Souza, A. B. (2021). Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 1.

Hernández, E. J. M., Olite, J. L. M., & Llerena, E. B. (2022). Análisis multidimensional de la evolución de la pandemia de la Covid-19 en países de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 46.

Levino, A., & Carvalho, E. F. D. (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 30, 490-500.

Londoño Niño, E. A. (2013). **A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: limites e desafios de cooperação e integração da região fronteiriça, com ênfase nos anos 2006-2011**.

Ministério da Saúde & Fundação Nacional de Saude. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Nogueira, V. M., & Cunha, F. (2020). A pandemia da Covid-19 em regiões trans-fronteiriças: primeiras aproximações. **Revista MERCOSUR de políticas sociais**, 4, 14-28.

Oliveira, R. B. D. (2015). **Vigilância epidemiológica de fronteiras terrestres do Arco Sul do Brasil** (Doctoral dissertation).

Peiter, P. C. (2005). A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. **Rio de Janeiro: Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro**.

Peiter, P. C. (2007). Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, 23, S237-S250.

Peiter, P. C., Franco, V. D. C., Gracie, R., Xavier, D. R., & Suárez-Mutis, M. C. (2013). Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, 29, 2497-2512.

Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M., ... & Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. **BMJ global health**, 5(5), e002655.

Santos, B.S. (2021). **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. São Paulo: Boitempo, 2021.

Santos-Melo, G. Z. D., Andrade, S. R. D., Meirelles, B. H. S., & Ortiga, A. M. B. (2020). Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Revista de Saúde Pública**, 54.

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Tobias, R.; Lima, S.; Soares, J.; Amorim, C. (2021). **O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil**. [s. d.]. DOI 10.26633/RPSP.2020.24. Available at: www.paho.org/journalhttps://doi.org/. Accessed on: 23 Oct. 2022.

Schweickardt, J.C; Verçosa, V.I.; Silva, C.F.; Ocampo, J.C.D.; Salazar, K.L. (2022). A covid -19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM. In: Schweickardt, J.C; Ferla, A.A; Lemos, S.M; Guedes, T.R.O.N; Reis, A. E.S, R. (Orgs). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre Rede Unida.

Soares, C.; Neves, M.; Bessa, E. R. L.; Schweickardt, J. C.; Lima, R T S. (2019). O SUS é para todos!?: Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Revista Saúde em Redes**, v. 5, p. 237-249,].

Suárez-Mutis, M. C., Cárdenas, C. M. M., Reyes, L. D. P. P., & Peiter, P. C. (2010). Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazónico**, 1, 243-266.

Tabatinga (2022). **Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da Vigilância Epidemiológica**.

Teixeira, C. C., Silva, C. D. D., & Garnelo, L. (2022). **Saúde indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil**.

O QUE DIZEM OS ASPECTOS LOCAIS SOBRE OS EFEITOS DA COVID NA ORGANIZAÇÃO DA VIDA EM TEFÉ, AM

Júlio Fabiana Mânica Martins

Lupuna Corrêa de Souza

Kátia Lima de Menezes

Mariana Moreira Tenório de Holanda

Alcindo Antônio Ferla

Fabiane Vinente dos Santos

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente texto é analisar os aspectos locais que evidenciam efeitos da Covid-19 na organização da vida, do trabalho em saúde, e que evidenciem a força do local do território. Ele é resultado das análises de dados do projeto intitulado “Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”. O projeto tem o objetivo de avaliar os efeitos da pandemia de Covid-19 nos processos de trabalho de profissionais de saúde da Atenção Básica de doze município amazonenses, além do impacto do quadro sanitário nos modos de vida da população. Aqui analisaremos mais detidamente o município de Tefé, localizado a 525 km em linha reta e 633 km via fluvial de Manaus, capital do estado do Amazonas.

No processo de regionalização da saúde do Amazonas, Tefé foi alocada na chamada “Região de Saúde do Triângulo”, que possui cerca de 127.856 habitantes (IBGE, 2015) e é composta por quatro microrregiões a partir de seis municípios: Tefé, Japurá, Maraã, Juruá, Uarini e Alvarães. O município de Tefé é importante por ser referência para os demais da região, articulando serviços de maior complexidade e acesso aéreo por aeronaves, além da via fluvial que domina a forma de deslocamento para a capital e para outros municípios do Estado. El Kadri et al. (2022, p. 02) chama Tefé de “dinamizador regional” por seu papel de ponto de articulação regional.

Segundo Schor e Costa (2006, p. 13) as cidades de média responsabilidade territorial na calha dos rios Solimões e Amazonas como Tefé, a exemplo de

Tabatinga, Manacapuru, Parintins e Itacoatiara, seriam definidas por

(...) exercer uma função na rede que vai além das suas características em si, detendo uma responsabilidade territorial que as tornam um nó-dulo importante internamente na rede. Exercem diversas funções urbanas e contêm arranjos institucionais que são importantes não só para o município, mas para as cidades e municípios ao seu redor. A importância territorial da cidade tem origem no desenvolvimento histórico-geográfico que constituiu a rede urbana nesta região. O desenvolvimento econômico desta cidade tende a agregar valor na região. Ainda nesta tipologia deve-se incluir a variável “*de fronteira*” pois a dinâmica das cidades localizadas na fronteira as difere das demais tanto em termos de perfil urbano principalmente devido ao papel exercido pelas forças armadas quanto com relação às redes que se estabelecem.

Uma característica do Triângulo é a existência de unidades de conservação (UCs) em seu território: Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (RDSM), localizada entre os rios Solimões e Japurá e abrangendo os municípios de Maraã, Alvarães, Tonantins, Uarini e Fonte Boa; e RDS Amanã (RDSA) que abrange os municípios de Codajás, Maraã, Barcelos e Coari. Há ainda a Floresta Nacional de Tefé (FLONA Tefé), com 1.020.000 ha, que abrange municípios de Tefé, Alvarães, Carauari e Juruá (Instituto Socioambiental, 2022). Os moradores desta região, sejam indígenas ou ribeirinhos, têm Tefé como polo de escoamento de produtos e acesso a bens e serviços (Benitz et al, 2021). A composição socioambiental deste território possui importantes rebatimentos para os determinantes de saúde.

Ao avaliarem a regionalização da saúde no Amazonas, Garnelo, Sousa e Silva (2017) comparam o ideal da política da regionalização, que teria como objetivo a interação poliárquica e cooperativa entre sujeitos institucionais, visando a complementaridade de ações e serviços. No entanto, a realidade do estado do Amazonas, predominaria a assimetria, a verticalidade e a fragilidade das relações multilaterais entre municípios. Há desafios relevantes para o funcionamento das redes de atenção, especialmente no nível regional. Este quadro é compatível com os problemas enfrentados por Tefé durante a pandemia de Covid-19, especialmente no que diz respeito à ausência de uma estrutura mínima de média e alta complexidade. El Kadri et al. (2022) explora alguns aspectos importantes dos rebatimentos da dinâmica das águas nas redes de atenção.

Importante considerar que diante do contexto pandêmico a partir de 2020, tornou-se mais evidente a falta de estrutura da rede hospitalar para serviços de cuidados intensivos na região amazônica fora do eixo das capitais, que concentram serviços. Com a pandemia, foi necessária a criação de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) em municípios de referência como Tefé, Tabatinga e Parintins, com a contratação de profissionais

especialistas para esse tipo de atendimento. Estas readequações nem sempre foram uma iniciativa do sistema de saúde: eventualmente houve a judicialização de algumas ações, com o Poder Judiciário determinando a remoção de pacientes e sua internação em hospitais em Manaus, conforme nota do Poder Judiciário do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas de fevereiro de 2021.

O magistrado determinou a intimação do Estado sobre a decisão, que ficará sobrestada caso este tome anteriormente medidas de remoção por seus próprios meios; no caso de bloqueio de valores, estes serão restituídos. Em decisão anterior, o juiz determinou que o Estado do Amazonas providenciasse, no prazo de 24 horas, o transporte e internação de seis pacientes elencados pela direção do Hospital Municipal de Tefé como prioritários para tratamento do Covid-19, devido à gravidade de seus quadros de saúde. A transferência seria para hospitais da rede pública ou privada (neste caso, com as despesas custeadas pelo Estado), preferencialmente no Amazonas, mas se necessário, com remoção a outro Estado (Disponível em: <https://www.tjam.jus.br/index.php/menu/sala-de-imprensa/3799-justica-de-tefe-profere-nova-decisao-para-internacao-de-pacientes-acometidos-de-covid-19-em-uti-de-manaus>, Acesso em: 25.08.2022).

Apesar das determinações judiciais, no momento mais crítico da pandemia nem mesmo a rede de hospitais da capital conseguiu absorver toda a demanda dos municípios do interior. A estratégia utilizada pelo estado do Amazonas foi o uso de UTI aérea, através do Sistema de Internação e Transferência e Regulação (SISTER), obedecendo a critérios da equipe de regulação. Tefé, além dos seus usuários, recebeu pacientes dos municípios da região, assumindo a responsabilidade de transporte aéreo nos casos de agravamento.

A cobertura da Atenção Básica em Tefé é alta, da ordem de 98% (Lima *et al.*, 2021), com Equipes de Saúde da Família (ESF) na área urbana e ribeirinha. Para a área ribeirinha a atenção se dá através das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Fluvial (eSFF). A Atenção Básica foi extremamente importante no cenário pandêmico por conta da sua capilaridade e por ter a potência de diálogo diretamente com a população em seus territórios (Bousquat *et al.*, 2020).

O capítulo “Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM” (Santos *et al.*, 2022), do primeiro livro da pesquisa (Schweickardt *et al.*, 2022) apresentou as características sócio-históricas do município e as estratégias da gestão no enfrentamento da pandemia. Nesse capítulo, vamos analisar os resultados da pesquisa realizada com os trabalhadores da saúde do município de Tefé.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA EM TEFÉ PELO OLHAR DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Foram entrevistados dez profissionais de saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Tefé (SEMSA-Tefé) que participaram da oficina do projeto realizada no município. Destes, apenas quatro se enquadravam nos critérios da amostra: ser profissional da chamada “*linha de frente*”, ou seja, em serviço de Atenção Primária à Saúde e ter atuado em Tefé durante a pandemia, todas as quatro profissionais de enfermagem. É com base nestas entrevistas que formulamos a análise a seguir. Utilizamos para tratamento dos dados um viés adaptado da análise de discurso de Orlandi (2009).

Aqui nos concentramos nas respostas subjetivas a um questionário-padrão utilizado na pesquisa e aplicado presencialmente pelas ministrantes da oficina depois do evento. A oficina, além de servir para entender melhor as estratégias levadas a cabo pela gestão municipal de Tefé no enfrentamento da pandemia, também serviu para que os profissionais rememorassem aquele momento a partir de suas práticas de trabalho, mas também como pessoas. Falou-se de fluxo de atendimento, estratégias de comunicação de risco, tratamentos, mas também se falou dos temores e esperanças de um período desafiador para os trabalhadores do SUS. Para identificar os profissionais ao longo do texto preservando o anonimato, utilizaremos as legendas PS01, PS02, PS03 e PS04.

É importante pontuar o papel estruturante que a Atenção Primária em Saúde (APS) teve na orientação da população sobre as medidas a serem adotadas para atenuar a disseminação do Sars-Cov-02 e no recebimento da demanda de serviço causada pela situação sanitária atípica. A APS é a principal porta de entrada do SUS e responsável pela construção de vínculo com a população dos territórios de abrangência. Também é a APS que coordena o cuidado oferecido aos usuários, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e longitudinalidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em um município de referência regional como Tefé²², estas ações tiveram um aspecto ainda mais incisivo, por sua posição de referência na chamada “*Região do Triângulo*”, tendo sido um dos únicos municípios a adotar um lockdown total, mesmo que por um período limitado²³.

22 - Tefé é a microrregional de referência da chamada Região do Triângulo, que reúne seis municípios: Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini, divisão estabelecida Proposta de Consenso preliminar de Regionalização DAB/DEPRLAN/Regulação/FVS- AM.

23 - A Prefeitura Municipal de Tefé homologou vários decretos limitando a circulação de pessoas em determinados horários entre 2020 e 2021. Em maio de 2020 foi homologada a Lei Municipal nº 161, de 27 de maio de 2020, que estabeleceu multas de um terço a cinco salários-mínimos para pessoas que descumprissem as ordens restritivas para conter a pandemia. No auge da segunda onda, em janeiro de 2021, a Prefeitura homologou o Decreto no. 095/2021, instituindo o lockdown total de 26 de janeiro a 02 de fevereiro, sendo um dos poucos municípios do Amazonas a adotar a medida.

Quando questionados sobre quais teria sido as mudanças durante o processo de trabalho que teriam ocorrido durante a pandemia, além do aspecto mais visível para os profissionais de saúde que foi a exigência do uso constante de EPIs, sempre recordada como o primeiro grande impacto no cotidiano das práticas, a organização do serviço nas unidades de saúde também foi um aspecto pontuado. No primeiro momento até o “*esgotamento*” da chamada segunda onda da disseminação do Covid-19 no Amazonas, ocorrida entre outubro de 2020 e março de 2021, há uma centralização das ações da atenção básica nas síndromes respiratórias, que ganham prioridade nas unidades de saúde. Esta postura reconfigura os fluxos de atendimento e estava em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

A reestruturação destes fluxos nas UBS passou por três ações estratégicas: a primeira foi o cancelamento dos atendimentos de rotina e a estruturação de um esquema de triagem nas entradas das unidades de saúde, sendo as únicas exceções a esta regra os casos de urgência e emergência. Outras atividades do rol de serviços das unidades foram canceladas para evitar a aglomeração de pessoas, especialmente aquelas relacionadas aos chamados “*programas do SUS*” e realizadas de forma coletiva, como os grupos de acompanhamento de doentes crônicos como hipertensos (Hipertensão), diabéticos, cardiopatas e até o atendimento pré-natal, posteriormente retomado de forma domiciliar.

Tal diretriz foi transpassada por dilemas muito específicos dos profissionais de saúde que vale a pena explorarmos brevemente aqui: o fato de maior destaque no campo das inquietações era o medo de se contaminar, não apenas por uma questão de auto-cuidado, mas especialmente o medo de ser o responsável pela contaminação da própria família, num cenário de grande incerteza e ainda sem contar com a perspectiva da vacina, que caracterizou o ano 1 da pandemia. Este temor foi constante em praticamente todas as falas dos entrevistados. Alguns destes profissionais tinham idosos em casa (mães, pais, avós, tios, sogros ou sogras) e entendiam que colocavam estas pessoas em risco. Alguns mudaram-se temporariamente para varandas ou cômodos separados da casa, mantendo isolamento dentro da própria residência, quando não era possível se mudar para outra habitação.

Outro aspecto deste temor da contaminação é que ele se dava pelos dois polos: profissionais de saúde e usuários. Uma profissional da enfermagem, membro da equipe de saúde da família rural, relatou que em determinado momento, dado o índice alarmante de contaminação, várias comunidades das beiras de rio fecharam-se, não permitindo que pessoas de fora chegassem até os portos comunitários, incluindo as equipes de saúde. Este aspecto chama bastante a atenção pois dá conta das estratégias dos ribeirinhos para impedir a propagação do Covid-19, tendo um alto custo social, já que é o rio a principal via de acesso a bens, serviços e alimentos.

A primeira estratégia está vinculada a uma unidade básica de saúde fixa e a maioria das unidades está localizada na sede do município, pelo que a equipe precisa se deslocar em motores de náuticos, descritos como motores de popa, até as comunidades, para realizar os atendimentos.

É importante destacar que desde 2017 o município de Tefé conta com uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), que faz atendimento em 28 comunidades ribeirinhas. Segundo Ferreira (2021), foi somente com a reformulação da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB em 2011 que foram viabilizados novos arranjos organizacionais que pudessem dar conta da diversidade de contextos de atuação da APS, como Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Estratégia Saúde da Família Fluvial (eSFF), que na Amazônia se para com formações territoriais específicas como a do “*território líquido*”, em que a dinâmica das águas nos regimes de cheia e vazante e as especificidades do meio refletem-se no fazer da saúde (Lima, 2016). A UBSF que atende Tefé é a “*Vila de Ega*” com serviços como atendimento médico, consultas de enfermagem, imunização, exames, educação em saúde, entre outros, atendendo 28 comunidades no território líquido de Tefé.

Os entrevistados informaram que no período da pandemia, sobretudo, no início, os profissionais de saúde sabiam pouco sobre a doença e sobre os protocolos de atendimento aos pacientes infectados. Para se informar participaram de inúmeras palestras, na modalidade presencial e online. Algumas dessas palestras aconteceram na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e foram realizadas por profissionais que vieram da capital do estado e até de outros estados. Houve também a colaboração de instituições civis internacionais como a organização Médicos Sem Fronteiras, que chegou a fazer algumas formações com o pessoal da saúde em Tefé.

O assunto mais abordado nos treinamentos foi a utilização dos EPI e os protocolos de atendimentos aos pacientes. Ressaltaram também a participação em reuniões que aconteciam nas unidades básicas de saúde e na SEMSA, para orientação e atualização dos protocolos de atendimentos aos pacientes. Essas orientações eram repassadas, principalmente, para os médicos e enfermeiros. Informaram também que alguns protocolos eram encaminhados em arquivos em formato pdf com orientações para os profissionais que estavam na linha de frente.

Figura 18. Card de divulgação do Boletim Covid-19 nas redes sociais da Prefeitura Municipal de Tefé de 13/09/2022.



Fonte: Site da Prefeitura de Tefé.

No que diz respeito às estratégias de comunicação durante a pandemia, é necessário destacar que a Prefeitura Municipal de Tefé foi muito ativa no uso de ferramentas das mídias digitais para a comunicação de risco²⁴. Uma das estratégias foi a atualização diária de casos notificados, confirmados, internações, óbitos e curas através dos chamados “Boletins epidemiológicos”,

24 - A comunicação de risco ou “comunicação dos riscos” é parte integrante de qualquer resposta a emergências e consiste na troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em risco (OMS, 2018).

feitos de forma simplificadas e em formato compatível para ser replicado nas redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas (Figura 18). Outro aspecto importante é que estes boletins também informavam os casos de infecções e óbitos de indígenas, algo que não se verificou com muita frequência na maioria dos municípios com população indígena do Amazonas.

Uma ferramenta inovadora utilizada foi o uso da plataforma Google Looker Studio, feito com o auxílio da Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação do Amazonas (SECTI) com atualizações diárias sobre casos de Covid-19 no município, inclusive com detalhamento por faixa etária e bairros, além de informações sobre recursos orçamentários e despesas relacionadas à pandemia entre 19 de março e 18 de agosto de 2020²⁵.

Outra ação de comunicação de risco, ainda possível no início da pandemia, foi a cobertura de locais de entrada e saída de pessoas: aeroporto, portos e áreas rurais, na disseminação de informações qualificadas sobre formas de transmissão do vírus e de prevenção, conforme explica uma profissional de saúde:

(...) a gente procurou fazer (...) muita prática de educação em saúde nas residências, e havia monitoramento em área pelos Agentes Comunitários de Saúde, a princípio quando a gente tinha um caso suspeito, a gente monitorava toda a família, no começo da pandemia nós fazemos uma estratégia de contenção do vírus, nos portos, nos aeroportos, para tentar orientar e isolar as pessoas que chegavam na cidade e até um certo ponto a gente conseguiu fazer isso, mas depois que o vírus invadiu mesmo, não tivemos mais controles e passamos a tentar a estratégia através dos agentes de saúde e então, dessa forma, a gente conseguiu mobilizar as pessoas (PS02).

Sobre as estratégias adotadas pelas equipes de saúde da família, três chamaram a atenção: a primeira foi a utilização do Programa Saúde na Escola (PSE) para disseminação das informações sobre Covid-19 entre as famílias através das crianças e adolescentes em idade escolar, citada pela enfermeira PS02. Antes do fechamento das escolas esta foi a prática adotada por algumas equipes, que faziam palestras e rodas de conversas nas escolas com o auxílio do programa. Eventualmente esta forma de informação foi inviabilizada pelo próprio avanço da pandemia.

A segunda formulação das equipes para vencer as resistências das recomendações de distanciamento social entre a população, especialmente a urbana da sede do município, foi bastante criativa: o uso de carros de som com mensagens educativas que percorria a cidade em determinados horários: *“a gente tem aquele carro de som né, então ia passando essas informações né?”* (PS03).

²⁵ - A plataforma está disponível em <https://datastudio.google.com/reporting/3d10da21-aac6-4520-8395-2af13359a17a/page/0240B>

A terceira estratégia pontuada abordou um dos grandes problemas na condução da pandemia, a influência negativa que algumas lideranças religiosas exerceram sobre os membros de suas congregações e posteriormente, no âmbito das ações de imunização. A secretaria de saúde articulou reuniões entre pastores evangélicos, padres e outras autoridades religiosas para pedir auxílio na informação da população nas ações de saúde, no respeito aos decretos municipais de restrição de atividades e isolamento social. Os profissionais de saúde ouvidos avaliaram que esta ação ajudou muito a quebrar algumas possíveis resistências contra as medidas.

Os entrevistados apontaram o distanciamento social como a medida que causou maior impacto na vida da população. A separação dos familiares gerou grande sofrimento psíquico a toda população, inclusive aos profissionais de saúde, que por medo de infectarem os familiares deixaram de conviver com mãe, pai, avós, como citado acima. Essa medida causou também a ausência dos usuários das unidades de saúde, visto que, no momento inicial da pandemia, os programas da atenção básica foram suspensos, para conter a proliferação do vírus e o serviço ficou focado no atendimento aos pacientes da Covid-19. Quando o atendimento aos programas foi retomado, os usuários temiam a contaminação e não retomaram imediatamente a rotina de dirigir-se até a unidade de saúde. Segundo os profissionais, neste momento foi necessária a realização de ações de busca ativa, especialmente das grávidas que estavam realizando o pré-natal e dos diabéticos, que não compareciam nas UBSs para pegar a insulina, o que fez com que o insumo “*sobrasse*” em algumas unidades.

Muitos não vinham aqui na UBS devido ao medo que estavam tendo bastante, só quando foi em janeiro, que teve de novo o pico né, que foi bastante, mas muita gente, as nossas grávidas [por exemplo], tivemos que fazer busca ativa, porque elas não vinham, com medo, até hoje. As parturientes e os diabéticos, do mesmo jeito. As insulinas estavam sobrando demais, aí tivemos que ir nas casas, nas residências deles, tanto é que eles não recebiam a gente dentro da casa, somente fora, mas isso foi o que a gente mais teve de dificuldade (PS02).

Os entrevistados apontaram também que o isolamento social provocou o desemprego de muitas pessoas, sobretudo do setor dos serviços e os pequenos agricultores, que costumavam se deslocar até a sede dos municípios para comercializar seus produtos. Com a pandemia esses trabalhadores ficaram sem dinheiro para comprar itens básicos de sobrevivência, como comida e medicamentos.

A exemplo de outros municípios do estado, a população mais vulnerável de Tefé foi a mais atingida pelas restrições sociais provocadas pela pandemia, especialmente os ribeirinhos. Em função da evolução da pandemia até mesmo ações de solidariedade como arrecadação de alimentos para doação,

embora tenham ocorrido especialmente no âmbito das igrejas, foram inibidas pelo temor de contaminação (PS01). A prefeitura municipal assumiu algumas ações de distribuição de cestas básicas para tentar garantir a segurança alimentar das pessoas mais carentes.

Como destacam Benitz *et al.* (2021), a região do Médio Solimões, onde se localiza Tefé, é um mosaico de Unidades de Conservação (UCs), além da Terra indígena Dominial Indígena Barreira da Missão, localizada a alguns poucos quilômetros de Tefé e habitada por cinco etnias – Kaixana, Kambeba, Miranha, Tikuna e Witoto, com 788 pessoas distribuídas em cerca de cinco aldeias²⁶. Este é um aspecto importante para as ações de saúde neste território, por representar tanto um alto nível de complexidade geográfica quanto sociocultural.

Em maio de 2020 alguns veículos de imprensa deram voz às denúncias de lideranças indígenas de Barreira da Missão de que o Distrito Sanitário Médio Solimões (DSEI) não estaria tomando as devidas providências na gestão da pandemia entre os povos indígenas da região (Santos, 2020). A situação de descompasso entre o DSEI e a população assistida eventualmente pode ter tido impacto no serviço de saúde da APS de Tefé, mas os entrevistados não souberam mensurar este aspecto.

Quando questionados sobre o que teria faltado para que os serviços de saúde pudessem ser mais resolutivos no enfrentamento da pandemia, os entrevistados apontam dois aspectos principais: o primeiro é o da necessidade de protocolos e normativas, que pelo caráter de novidade do vírus Sars-Cov-02, simplesmente não existiam no primeiro momento, obrigando as equipes a reformular constantemente seus fluxos de atendimento, critérios de admissão e estratégias de cobertura.

(...) ninguém sabia o que fazer né, então foi algo muito inédito, pelo menos lá na cidade, então (...) veio alguns profissionais de fora fazer educação, principalmente com os enfermeiros e médicos, que estavam enfrentamento mesmo (PS03).

O segundo aspecto seria a já comentada ausência de uma estrutura hospitalar de média complexidade para dar conta dos casos mais graves de Covid-19. No interior do Amazonas casos que demandam níveis mais altos de cuidado são encaminhados por via aérea para a capital, Manaus, como dito acima. Embora relativamente eficiente, este expediente foi inviabilizado pelo aumento de casos durante as duas ondas da pandemia.

Lembramos que Tefé, apesar de sua posição de referência na região de saúde-

26 - Dados disponíveis no site “Terras Indígenas no Brasil”, disponível em <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3973>

de, possuía até setembro de 2021 apenas dois leitos do tipo LSV (Leitos de Suporte Ventilatório), capaz de fazer a manutenção de pacientes mais graves de Covid-19, e 110 leitos clínicos. Os profissionais de saúde ouvidos avaliam que todo o esforço para realocar pessoas entre as unidades e dar cobertura aos usuários que acabaram sendo internados em unidades básicas que não tinham estrutura para tal poderia ser mais eficaz se houvesse uma estrutura melhor em termos de equipamentos.

Malta e Merhy (2003, p. 63-4) conceituam “*trabalho vivo*” como relacionado ao trabalho em ato, o trabalho criador, em contraposição ao “*trabalho morto*”, que estaria se referindo a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar uma dada atividade. Na APS haveria uma ênfase no trabalho vivo enquanto produto criativo do ato de intersecção de sujeitos – no caso, o trabalhador e o usuário. No contexto pandêmico há uma breve suspensão deste cenário ideal, com a imposição de rotinas estritas de divisão do trabalho em saúde na atenção básica nos moldes produtivistas, com baixa possibilidade de interação e com alta demanda por tecnologias duras, representadas por leitos de UTI, respiradores, oxímetros e toda a parafernália técnica produzida apressadamente para acompanhar as descobertas sobre o novo vírus. O retorno das unidades de saúde ao padrão de atenção básica se deu depois, de forma processual, porém com práticas construídas no cotidiano do serviço.

Os entrevistados apontaram que as pessoas que perderam seus familiares foram as que mais sofreram com a pandemia. Essas pessoas passaram por um sofrimento psíquico muito grande, passando por problemas de depressão, insônia, distúrbios alimentares. Também apontaram os mais pobres, os ribeirinhos, como estratos da população que ficaram mais vulneráveis, porque não tinham condições financeiras para adquirir os itens de proteção, como a máscara, o álcool gel, que se tornaram escassos e caros.

O maior impacto foi o distanciamento familiar, onde causou algo muito ruim, pois as pessoas, que eram acostumadas a estar juntos, abraçar, beijar, de repente, não podiam mais fazer isso, tinha que ficar distante, principalmente quem é da saúde. A gente não podia mais visitar os pais, os avós, todo esse cuidado, isso foi um grande impacto mesmo, e também os trabalhos, que houve a questão dos fechamentos dos comércios, então muita gente acabou desempregada, e isso causou muitos casos de depressão, problemas psicológicos, então isso, pra mim, foi um impacto muito grande que a pandemia causou (PS02).

Muitos usuários chegavam nas unidades sem a máscara e necessitavam de doação para conseguirem entrar na unidade de saúde. Portanto, os mais pobres ficaram mais expostos a contaminação. Uma profissional da equipe rural lembrou a situação dos pequenos agricultores que repentinamente se

viram sem sua principal via de escoamento de seus produtos, o Mercado Municipal, além de algumas feiras locais, todos fechados durante as medidas de restrição, onde semanalmente levavam seus produtos hortifruti e granjeiros para a comercialização. Desta forma, a pandemia não apenas ameaçou com a contaminação, mas também com a fome e a carência social.

No caso, como eu falei, a esse público era ofertado as máscaras, como eles iam no serviço de saúde totalmente despreparados, então, nessa época, foi disponibilizado pra eles o uso de máscaras, o álcool gel doado, foi doado pra esse pessoal que ia proposto pro atendimento, pois normalmente eles já iam, eles não sabiam que precisava ir ou não tinham, aí foi fornecido pra eles, mesmo estando bem escassos na época (PS04).

Os entrevistados destacaram como ações de apoio específicas às populações mais vulneráveis de Tefé foi o suporte psicológico, com a organização de equipes de profissionais de saúde mental para o atendimento das situações mais graves, especialmente em função dos efeitos dos lutos sobre as pessoas:

A gente sempre teve os nossos psicólogos né, porque muitas das pessoas que perderam seus entes queridos ficavam chorando, começavam a apresentar insônia, não conseguiu se alimentar, então tivemos vários psicólogos [de parceiros externos] e nossos psicólogos mesmo, daqui da nossa UBS, da Policlínica (PS02)

A pandemia trouxe à tona a resistência às ações de imunização, suscitando a criação de estratégias que aumentem a cobertura vacinal. Os entrevistados ressaltaram que a pandemia deixou muitos aprendizados, aflorando nas pessoas sentimentos humanitários como o amor ao próximo, a solidariedade, a valorização da vida, o autocuidado e o cuidado com o próximo. Sentimentos suscitados diante do sofrimento causado pelo medo da morte e pela perda de entes queridos. Também salientaram que a pandemia forjou a necessidade de uma maior união da população, apesar da violência presente nas cidades. A pandemia expôs, ainda, a vulnerabilidade econômica da sociedade que obrigou as pessoas a trabalharem, mesmo expostas ao vírus e diante da morte de amigos e familiares. Também ficou como lição a necessidade de valorização das medidas de proteção individual e auto-cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando escrevemos o capítulo sobre as estratégias, ver: *“Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM ...”* (Schweickardt *et al.*, 2022), tínhamos compreendido que a contribuição à pesquisa naquele momento se dava a partir do nosso olhar para o território no desejo de compreender a dinâmica dos efeitos da pandemia nos modos de organização da vida.

Dessa forma, Tefé demonstra, pela ação do poder público e da sociedade, evidências de que há respostas locais densas, que ocupam o lugar de políticas públicas estaduais e nacionais quando os demais entes governamentais se omitem ou têm respostas insuficientes. As características e especificidades da Amazônia apresentam desafios, existindo uma forte concentração de serviços e profissionais em áreas urbanas e metropolitanas com mais de 100.000 habitantes, mas também temos que considerar a vasta área de fronteira. Além, de que o município de Tefé ser considerado um polo, onde se concentra os atendimentos de saúde das regiões do entorno, onde há oferta de serviços de saúde como a Atenção Básica.

Por outro lado, a média e alta complexidade está mais concentrada em outras cidades de referência, mas principalmente em Manaus, isso nos levou a entender que classificar e localizar a saúde por região é um desafio, evidenciando a demanda de se pensar em redes e modelos regionais que se adequem às características das regiões amazonenses, o que reforça a necessidade de conhecer e aprofundar os detalhes do território de saúde.

Daquilo que foi posto pelos entrevistados, a ausência e informações sobre a Covid-19 no início da pandemia, refletiu sobre o fluxo dos atendimentos. Desde o que era a doença e suas causas, até o como atender (protocolos). Ressaltaram os esforços do município em os atualizarem, via cursos online e presença, com profissionais de outro estado, colaboração de instituições civis internacionais como a organização Médicos Sem Fronteiras.

Dos assuntos mais citados estão a utilização dos EPI e os protocolos de atendimentos aos pacientes. Em relação às estratégias de comunicação durante a pandemia, afirmaram que a Prefeitura Municipal de Tefé foi ativa no uso das mídias digitais para a comunicação de informações fidedignas a respeito das medidas de prevenção à Covid-19. Destacando como uma das estratégias a elaboração diária de *“Boletins epidemiológicos”*, com casos notificados, confirmados, internações, óbitos e curas, feitos de forma simplificada e em formato compatível para ser replicado nas redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas. Salientamos que estes boletins, diferentes dos publicados em outros municípios, traziam informações dos casos de infecções e óbitos de indígenas, algo que não se verificou com muita frequência na maioria dos municípios com população indígena do Amazonas.

Os trabalhadores, destacaram também a reestruturação dos fluxos nas UBS, alterando a rotina de trabalho, o fechamento de algumas comunidades e temor da contaminação, tanto por trabalhadores da saúde como usuários.

Diante disso, podemos inferir que Tefé se reinventou para atender as demandas do cenário pandêmico dos anos de 2020 e 2021, trazendo parcerias importantes para melhor atender a população, como: o desenvolvimento de

uma ferramenta inovadora a partir do uso da plataforma Google Looker Studio, feito com o auxílio da Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação do Amazonas (SECTI) com atualizações diárias sobre casos de Covid-19 no município, inclusive com detalhamento por faixa etária e bairros, além de informações sobre recursos orçamentários e despesas relacionadas à pandemia entre 19 de março e 18 de agosto de 20204.

Por fim, trabalhadores e trabalhadoras da saúde tiveram que reinventar suas formas de trabalho e de lidar com este “novo” cotidiano que os cercara, muitas vezes deixando de lado suas casas e seus lutos, na busca de atender de maneira eficiente a população de ora clamou por atendimento.

REFERÊNCIAS

Amazonas. (2003). **Plano Estadual de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria do Estado do Amazonas**. Secretaria Estadual de Saúde.

Andrade, L. C.; Pereira, H. C.; Nascimento, A. C. S. & Gomes, M. C. R. L. (2020). **Os potenciais impactos da pandemia do Covid-19 nas comunidades ribeirinhas da Amazônia Central e as soluções recomendadas para mitigação**. Notas Técnicas sobre Covid-19, No. 004, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEDECTI,

Benitz, T. et al. (2021). Enfrentamento à Covid-19 na região do médio Solimões: estratégias e dinâmicas para segurança alimentar e comercialização para manutenção de serviços e atividades produtivas. **Nota Técnica Covid-19**, Manaus, n.11, p.1-13, ago.

Bousquat, A.; Giovanella, L.; Medina, M.G.; Mendonça, M.H.M.; Facchini, L.A.; Tasca, R.; Nedel, F.; Lima, J.G.; Mota, P.H.S.; Aquino, R. (2020). Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: **Rede de Pesquisa em APS Abrasco**. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

El Kadri MR, Schweickardt JC, Freitas CM. (2022). Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface (Botucatu)** 26: e220056 <https://doi.org/10.1590/interface.220056>

Ferrante, L.; steinmetz, W.A.; almeida, A.C.L. et al. (2020). **Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of Covid-19**. Nature Medicine.

Ferreira, C. P. (2021). **Análise de custo de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial: Estudo de caso do município de Tefé, Amazonas**. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021. 85 f. Dissertação (Mestrado em Condições de

Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane.

Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas. (2011). **Proposta de Consenso preliminar de Regionalização DAB/DEPRLAN/Regulação/FVS-AM**. (Mimeo).

Garnelo, L.; Sousa, A. B. L.; Silva, C. O. (2022). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 9 Agosto, pp. 1225-1234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>.

Giovanella, L., bousquat, A., medina, M. G., Mendonça, M. H. M., Facchini, L.A., Tasca, R., Nedel, F. B., Lima, J. G., Mota, P. H. S. e Aquino, R. (2022). **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS**. In: Portela, M.C., Reis, L. G. C., Lima, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, pp. 201-216. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-57081235. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>.

IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tefe/panorama>

IBGE. <https://meumunicipio.org.br/perfil-municipio/1304203-tefe-am>

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Unidades de Conservação no Brasil**. Disponível em: <https://uc.socioambiental.org/>

Lima, R. T. S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Santos Junior, J. D. O., Schweickardt, J.C. (2021). Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(6):2053-2064. DOI: 10.1590/1413-81232021266.02672021

Lima, R. T. S.; Heufemann, N. E. C.; Simoes, A. L.; Aires, V. P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R. B.; Kreutz, J. A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Worttrich, L. A. F.; Kessier, L. L. (Org.). **Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Porto Alegre: Rede Unida, v.2, p. 269-294.

Malta, D. C. & Merhy, E. E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho – Revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**. 7(1).

Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., Aquino, R. (2020). **Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?** Cadernos de Saúde Pública, 36 nº.8, Rio de Janeiro, Agosto. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2018). **Comunicação de riscos em emergências de saúde pública - Um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Orlandi, E. P. (2009). **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8 ed. Campinas: Pontes.

Ramalho, E. et al. (2020). Disseminação de Covid-19 em cidades e localidades rurais da Amazônia Central. **SciELO Preprints**.

Rodrigues, E. A. (2011). “Rede Urbana do Amazonas: Tefé como Cidade Média de Responsabilidade Territorial na Calha do Médio Solimões”. **Dissertação**. Mestrado em Geografia. Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

Santos, F.V. et al. (2022). Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/AM. In: Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Santos, Izabel. **Indígenas do Médio Solimões denunciam falta de remédios e testes para Covid-19**. Amazônia Real. 21/05/2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/indigenas-do-medio-solimoes-denunciam-falta-de-remedios-e-testes-para-covid-19/>. Acesso em 08 de nov. de 2022.

Schor, T. & Costa, D. P. (2007). Rede urbana na Amazônia dos grandes rios: uma tipologia para as cidades na calha do rio Solimões-Amazonas – AM. **Anais do X SIMPURB**, Florianópolis.

Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A, Lisboa, E. S, Pinto, I. C. M., Andrade, L., Esperidião, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Cien Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2020/Jun). [Citado em 09/08/2022]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634&id=17634&id=17634>

MOVIMENTOS DA SAÚDE EM ITACOATIARA, AM: da pintura na pedra às marcas da pandemia

*William Pereira Santos
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Sônia Maria Lemos
Gabriel Romero
Bianca da Silva Mar
Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla*

INTRODUÇÃO

A complexidade na produção de saúde no cotidiano de territórios amazônicos envolve questões relacionadas ao cuidado, que se entrelaçam para garantir dignas condições de vida, como questões relacionadas aos “*territórios vivos*” (Schweickardt; Lima; Ferla, 2021), nas diversas dimensões da existência, como o direito à moradia, acesso aos serviços e atenção à saúde, trabalho (e condições de exercê-lo) e renda, alimentação saudável, educação, lazer e reafirmação da integralidade da vida.

Para analisar essa conjuntura, lançamos nosso olhar sobre o município de Itacoatiara, Amazonas (AM), que ocupa um lugar de referência de acesso aos serviços de saúde na Região de Saúde Médio Amazonas (Monteiro *et al.*, 2022). O olhar analítico compõe um projeto maior, do qual já se publicizou parte dos resultados (Schweickardt *et al.*, 2022).

Este capítulo traz reflexões sobre a pandemia de Covid-19 e os desafios de enfrentá-la e superá-la em Itacoatiara, complementando as informações anteriores e incluindo uma abordagem analítica com participação de usuários. Além disso, aponta caminhos que podem ser aprofundados na tentativa de trazer novas perspectivas e respostas para a atuação da saúde no controle da pandemia, ampliando discussões entre setores para avaliar os efeitos e impactos da doença na vida das pessoas, na própria organização do setor saúde e nos setores para além desse. Outras informações previamente construídas acerca do município estudado, além das apresentadas aqui, podem

ser resgatadas no capítulo correspondente publicado na 1^o edição deste livro (Monteiro *et al.*, 2022).

A razão que nos leva a desenvolver este capítulo, dando continuidade ao primeiro, se relaciona à necessidade de produção de cuidado em saúde mais compatível com a ideia da integralidade, como já é previsto na Constituição Brasileira de 1988 a todas as pessoas sem quaisquer distinções. Também se relaciona a uma escolha metodológica, de aproximações sucessivas, permitindo uma tecitura mais participativa e capaz de reconhecer a malha de complexidade dos fatores que estão em ação em cada território.

No contexto da saúde, a dimensão biológica é relevante para compreensão do processo saúde-doença e, logo, para a construção de políticas de cuidado. Porém, como evidenciou a pandemia de Covid-19, essa dimensão parece insuficiente para compreender e garantir o cuidado integral na agenda diária às pessoas e grupos em cada território. Torna-se, portanto, necessário ampliar o olhar sobre questões sociais, políticas e sanitárias que interagem em cada território.

Nesse sentido, observar as questões do adoecimento relacionadas ao novo coronavírus, pressupõe conhecer o território para compreender além da relação saúde-doença: dificuldades de acesso e adesão aos serviços e sistemas de saúde; deficiência em políticas públicas e sociais, devido à instabilidade política; problemas relacionados à organização dos serviços de saúde, que dificultam a permanência de profissionais e afetam a implantação e implementação e qualidade de programas; e oscilações no desempenho da economia, que precariza as vidas, as políticas e organizações do cuidado (Santos; Ferla, 2022). Além dessa análise acerca da micropolítica da saúde (Merhy, 2002), que condiciona a compreensão da dimensão de relação estabelecida entre as pessoas e o território e das formas de organização do trabalho, o capítulo foi estruturado no sentido de considerar o território não apenas como uma composição geográfica, mas como lugar que congrega pessoas, relações e organizações e que funciona como forma e fonte de informações, incorporando o conceito de “*território vivo*” de Milton Santos (1997), que amplia o entendimento de território para além das representações técnico-geográficas. Essa dinâmica é importante para entendimento da relação entre saúde e doença e nos desafia a enxergar e incorporar as questões relacionadas às vulnerabilidades e determinações sociais em saúde na (re)formulação de redes de atenção.

Além de dados documentais e fontes secundárias de informação, este capítulo foi elaborado utilizando os resultados de entrevistas realizadas com os usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Mendes da Silva no município de Itacoatiara. A aproximação empírica da pesquisa incluiu o levantamento de fontes documentais e de literatura sobre as condições de

vida das pessoas e do território (unidade de saúde, bairro e residência) para estabelecer uma base conceitual e discussão.

ITACOATIARA, AMAZONAS: CONHECENDO O TERRITÓRIO

Figura 19. Pedra retirada do sítio ruprestre Ponta Jauary e exposta, atualmente, no centro da cidade de Itacoatiara, AM. O município localiza-se a, aproximadamente, 176km de distância linear da capital, Manaus, e, quando considerado o deslocamento terrestre, pela Rodovia AM 010, a principal via de acesso ao município, dista de 270km. O deslocamento também pode ocorrer por aéreo, embora seja de menor escala. Além dessas opções de transporte, há também a via fluvial e, nesse caso, a distância entre Itacoatiara e a capital do estado passa a ser de 211km.



Fonte: Cavallini, 2014.

Itacoatiara é um município do estado do Amazonas (AM), localizado na região Centro-Oeste do estado. O nome da cidade tem origem da língua indígena Tupi-Guarani e significa “*Pedra Pintada*” (itá: pedra; e coatiara: (escrito, esculpido, gravado, pintado) (Cavallini, 2014). O nome da cidade faz referência a uma pedra na qual estão registrados desenhos, símbolos religiosos e inscrições em português. Além desta, há outras rochas com registros antigos mantidas no local de origem, isto é, no rio Urubu, afluente do rio Amazonas (Figura 19) (BVA, 2012; Cavallini, 2014; Monteiro *et al.*, 2022).

O município localiza-se a, aproximadamente, 176km de distância linear da capital, Manaus, e, quando considerado o deslocamento terrestre, pela Rodovia AM 010, a principal via de acesso ao município, dista de 270km. O deslocamento também pode ocorrer por aéreo, embora seja de menor escala. Além dessas opções de transporte, há também a via fluvial e, nesse caso, a distância entre Itacoatiara e a capital do estado passa a ser de 211km.

O rio, portanto, não é só um elemento de composição e importância geográficas, mas uma via que caracteriza a organização de vida das pessoas, permitindo acesso a diversas áreas no Amazonas (Monteiro et al., 2022). O território amazônico ajuda-nos a compreender as relações entre lugar, variações geográficas tensionadas pela natureza da região, pessoas e grupos e serviços de saúde (Santos; Ferla, 2022). A distância que existe entre Itacoatiara e Manaus e as dificuldades de percurso permitem reconhecer o motivo de que muitas demandas são referenciadas para a capital do estado. Nessa perspectiva, analisar o contexto amazônico permite construir conhecimentos úteis e oportunos para esse território e para o SUS de forma geral, na medida em que, como categoria de análise, o *“território líquido”* pode transversalizar também outras realidades.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Mendes da Silva, onde foram realizadas as entrevistas, se localiza no bairro Colônia e possui como atividade principal os serviços de Atenção Básica com prestação de atendimentos ambulatoriais garantidos pelo SUS, incluindo diagnósticos e tratamentos; acompanhamento de pré-natal de risco habitual; atendimento psicossocial; saúde bucal; testagem e aconselhamento; e dispensação de medicamentos. Além disso, a rede conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde da Família (PSF) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA). O funcionamento ocorre de segunda à sexta-feira (UBS Brasil, 2022).

A PANDEMIA A PARTIR DO OLHAR DOS USUÁRIOS DO SUS EM ITACOATIARA

Itacoatiara é um dos municípios do estado do Amazonas com maior incidência de adoecimentos por Covid-19 e mortes pela doença durante o período da pandemia. No ano de 2022, foram notificados, até julho, 292 óbitos, sendo que 60% (175/292) ocorreram em Manaus e 40% (117/274) em 35 municípios do interior do estado, com destaque para Itacoatiara (21), Manacapuru (9) e Iranduba (9). Até o momento do Boletim Epidemiológico, que registra a situação epidemiológica do primeiro semestre de 2022, os municípios que apresentaram maiores taxas de óbitos por Covid-19 foram Itapiranga que

27 - Disponível em: <https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o_Epidemiol%C3%B3gica_de_Covid-19_e_da_SRAG_no_Amazonas_Ano_01__N%C2%BA_gZVagAF.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

apresentou 64,4 óbitos por 100 mil habitantes, seguido de Jutai com taxa de 59,4 e Itacoatiara, com taxas de 40,4 (FVS, 2022)²⁷.

Participaram dessa etapa da pesquisa 16 (dezesseis) pessoas, sendo a maioria mulheres (56%) e homens (44%). Os participantes se declararam pardos (88%), pretos (6%) e brancos (6%); tinham entre 19 e 76 anos de idade; são usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Mendes da Silva. Sobre o nível de escolaridade, foram ouvidas pessoas com nível médio completo, representando o maior quantitativo (37,5%), seguido por pessoas com ensino médio incompleto (25%), nível superior incompleto (considerando a condição de cursando) (18,75%), ensino fundamental incompleto (12,5%) e pessoas sem escolaridade (6,25%). Sobre a ocupação, os participantes são estudantes, profissionais liberais/autônomos, aposentados, donas de casa, empregados formais/assalariados, sendo as duas últimas ocupações as mais frequentes, representando 25% cada.

Sobre a área de residência, 75% das pessoas moram em área urbana e 25%, na área rural. Todos os participantes da zona urbana têm acesso à água encanada e 75% utilizam fossa séptica, 17% utilizam esgoto sanitário e 8% dos participantes não souberam responder à questão acerca do esgoto. Sobre os moradores da área rural, com relação ao acesso à água, metade dos participantes possui água encanada e a outra utiliza poço artesiano. Com relação ao esgoto, 50% têm acesso à fossa séptica e 50%, ao esgoto sanitário.

Com relação à quantidade de pessoas que moram na mesma casa do participante, a média geral é de três pessoas por residência. Há pouca diferença da média geral quando os participantes são divididos por área de residência, sendo 3,4 pessoas/residência para a área urbana, e 3,5 para a área rural.

Foi perguntado sobre plano de saúde além do SUS, e 12,5% dos participantes possuíam. Mas, desse total, 50% disseram que tiveram dificuldades de acessar os serviços cobertos pelos convênios durante a pandemia de Covid-19. 87,5% dos participantes não usam plano de saúde além do SUS. Desse total, 79% não tiveram dificuldades de acessar os serviços de saúde do sistema público, 14% revelaram ter tido alguma dificuldade e 7% declararam não ter precisado usar os serviços de saúde até o momento da aplicação do questionário.

Acerca das orientações recebidas para diminuir a circulação do novo coronavírus e a possibilidade de infecção e adoecimento por Covid-19, todos os participantes declararam ter recebido algum tipo de orientação, tais como: *“isolamento social total e/ou parcial”*, *“lavagem frequente das mãos”*, *“uso de álcool gel”*, e *“uso de máscara para quando sair de casa”*. Os participantes informaram que as fontes das informações/orientações incluíram os meios de comunicação, como TV, rádio e internet, bem como partiram da comunidade, da igreja e de grupos religiosos, assim como dos profissionais

de saúde do território, incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS), trabalhadores lembrados majoritariamente. O perfil de fontes de informação predominante chama a atenção, uma vez que tais meios foram muito associados à circulação de notícias falsas sobre a pandemia.

Com relação às informações a respeito da Covid-19 pelos meios de comunicação, dos participantes, 44% disseram estar *“bem informados”*, 25% disseram estar *“muito bem informados”*, 19% disseram estar *“razoavelmente informados”* e 6% disseram ter ficado sem informação, 6% não responderam à pergunta. Com relação às informações a respeito da Covid-19 pela comunidade, 69% disseram estar *“bem informados”*, 19% disseram ter ficado sem informação, 6% consideraram estar mal informados e 6% não responderam à pergunta. Sobre as informações a respeito da Covid-19 recebidas e compartilhadas nas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram), 38% disseram estar *“bem informados”*, 31% consideraram estar sem informações, 13% estiveram razoavelmente informados, 6% consideraram estar mal informados, 6% consideraram estar muito bem informados e 6% não responderam à pergunta. Acerca das informações recebidas pelos profissionais de saúde no território, 44% disseram estar *“bem-informados”*, 38% muito bem-informados, 6% responderam estar razoavelmente informados, 6% consideraram estar mal-informados e 6% não responderam à pergunta.

Sobre a adoção de medidas preventivas contra a Covid-19, 100% dos participantes responderam que suas famílias adotaram recomendações sanitárias, e as respostas mais ouvidas foram: *“isolamento social total e/ou parcial”*, *“lavagem frequente das mãos”*, *“uso de álcool gel”*, e *“uso de máscara para quando sair de casa”*. Mas a ação considerada a mais importante pelos participantes foi *“uso de máscara para quando sair de casa”* (62,5%). Mesmo considerando as fontes de informação referidas, as respostas subsequentes demonstram práticas compatíveis com as recomendações técnicas e científicas.

Acerca da gravidade da doença, 69% disseram considerá-la muito grave e 31% grave. Não houve respostas além dessas para a pergunta. Em seguida, os participantes foram questionados se houve atividades voltadas para a prevenção da Covid-19 na UBS e quais foram os profissionais e trabalhadores envolvidos. Os que emitiram respostas positivas à pergunta mencionaram os ACS, enfermeiros, médicos, técnicos em Enfermagem. Aqui o destaque é para o baixo reconhecimento de ações de promoção e prevenção realizadas desde os serviços de saúde na Atenção Básica.

Os participantes foram questionados sobre o tipo de auxílio financeiro que receberam durante a pandemia ou ainda recebem: 44% recebem auxílio emergencial do governo federal, 6% recebem auxílio do Estado e 50% não recebem qualquer tipo de auxílio. O apoio financeiro foi iniciativa frequente em diversos países e regiões para compensar o impacto das medidas de en-

frentamento à pandemia. No caso brasileiro, esse auxílio foi tardio e envolto em inúmeras polêmicas relacionadas aos efeitos financeiros e à legitimidade das políticas públicas em fazê-lo.

Com relação às comorbidades, 36% relataram ter hipertensão, 17,6% são diabéticos, 7% têm asma, 7% têm HIV. A questão previa respostas múltiplas. As outras doenças relatadas foram: anemia, artrose, deficiência intelectual, fibromialgia, glaucoma, insuficiência renal, paraplegia e problemas cardíacos com proporção de 3,6% para cada uma. 3,6% dos participantes responderam não ter comorbidade.

Sobre a vacinação de prevenção da Covid-19, 94% declararam ter recebido duas doses e o reforço e 6% declararam não ter recebido nenhuma dose. Desse grupo que não aderiu à campanha vacinal contra a Covid-19, todos os participantes declararam ter asma e, além disso, declararam que tiveram Covid-19 e/ou pelo menos um membro da família. Esse grupo de participantes, quando perguntado sobre as consequências de saúde devido à Covid-19, respondeu que percebeu perda de olfato e paladar, falta de ar e/ou dificuldade de respirar. Do grupo de participantes que manifestou adesão à campanha vacinal contra a Covid-19, todos declararam ter tido a doença ou alguém de sua família. Todos também responderam que receberam orientações dos profissionais de saúde sobre cuidados, isolamento e internação hospitalar. Também foi perguntado sobre as consequências relacionadas à Covid-19 observadas: aumento da glicemia (diabetes), dificuldade de concentração, dificuldade física ou motora, dores no corpo, dor nas costas, falta de ar ou dificuldade de respirar e perda do olfato e paladar. Dos participantes, 38% informaram que houve morte por Covid-19 na família. Todos informaram que não precisaram de apoio psicológico. A qualidade da informação recebida pelos participantes, conforme perfil de fontes relatadas anteriormente, pode estar associado à resistência à vacinação.

Sobre as mudanças em quaisquer áreas da vida, 75% dos participantes observaram algum impacto nas relações sociais, na família, no trabalho, nas finanças e renda, nos estudos e na religião. Em relação à família, as mudanças observadas foram: mudança dos pais, filhos ou parentes para a casa do participante por questões financeiras, ou mudança do participante para a casa dos pais/parentes por questões financeiras. Em relação ao emprego/trabalho, as mudanças registradas foram: fechamento temporário ou falência do empreendimento, demissão e solicitação de desligamento devido à pressão do empregador de que o empregado trabalhasse doente - para não prejudicar o trabalho. Foi perguntado se os participantes viajaram durante o período de pandemia e 69% deram resposta negativa.

Também foi perguntado sobre sair diariamente de casa para trabalhar e para 75% dos participantes, pelo menos uma pessoa teve necessidade de sair.

Sobre o ensino escolar, 38% dos participantes disseram que filhos e/ou netos não continuaram os estudos durante a pandemia. 62% dos participantes disseram que filhos e/ou netos deram continuidade aos estudos, que ocorreram por aulas remotas, mediadas por computador, rádio ou televisão. As respostas das diferentes áreas das políticas públicas foram diversas em diferentes territórios e, na experiência relatada pelos participantes, a fragmentação de iniciativas também aconteceu no município.

Com relação à contribuição para superação da pandemia, as respostas mais ouvidas foram: ajuda dos amigos, atividades da igreja, apoio dos vizinhos e apoio familiar, sendo esta, a resposta mais registrada. Nesse sentido, os participantes reconheceram, como aprendizado durante a pandemia, que é preciso valorizar a família e cuidar mais da saúde. De toda forma, há uma evidente fragilidade nas respostas oficiais no território, segundo os registros dos participantes.

COVID-19 E AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA: ORIENTAÇÃO TEÓRICA E ANÁLISE DA ENTREVISTA

Com a progressão da pandemia no Brasil e, em especial no território amazônico, do qual trata este livro, torna-se relevante refletir sobre o cotidiano, hábitos e fluxos de acesso aos serviços, incluindo os de saúde, e a movimentação de pessoas nas ruas, nos deslocamentos e viagens ribeirinhas.

Uma nova maneira de pensar o processo saúde-doença deve incluir explicações e respostas para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade seguem a uma condição que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou status social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Essa evidência exige uma articulação no planejamento de cuidados que, por sua vez, incorpora-se, num processo dinâmico, diferentes áreas do conhecimento (Egry; Oliveira, 2000).

Em nossa análise, 75% dos participantes responderam que a pandemia de Covid-19 foi responsável por impactos na vida social, incluindo relação familiar, renda, emprego/trabalho, estudo, domicílio, deslocamentos e na própria saúde. Além da abordagem quantitativa, podem-se perceber as mudanças nos relatos abaixo.

(...) o que me deixou muito foi sequelas né, esquecimento, mas nada de anormal não, nem normal (Participante 05).

A rotina da minha vida é que mudou porque a gente teve [Covid-19] em familiares, né? A gente teve que se afastar um pouco, né? (Participante 12).

Não podia fazer nada, né? Só acho que é isso, não podia fazer nada (Participante 13).

Dificuldade de trabalhar, né? Foi a dificuldade de trabalhar, que foi parado. O trabalho do meu pai também foi. Tivemos dificuldade (Participante 15).

A partir daqui, vamos abordar o impacto da pandemia de Covid-19 em diferentes setores e dimensões, considerando eixos de análise, buscando observar o impacto na saúde, na educação, no trabalho e nas relações sociais, apreendendo as (novas) configurações em tais processos, revelados, em parte, nas fontes documentais, em artigos, livros e nos relatos dos participantes, que mostram determinantes sociais, como precarização ou perda do emprego/renda; perda da moradia; acesso ou limitação a internet; evasão da educação básica; falta de acesso a saneamento básico; padrão racial e gênero; perda da socialização; e sequelas pós Covid-19.

As entrevistas foram transcritas e lidas exaustivamente para identificar eixos temáticos para análise.

EDUCAÇÃO NA PANDEMIA

No início da pandemia, dentre diversas orientações sanitárias, foi recomendado o distanciamento espacial, pois os espaços que geram aglomeração eram(são) considerados menos seguros devido à alta transmissibilidade viral, sobretudo quando se observa falta de equipamentos de proteção individual e coletiva, falta de conhecimento e treinamento para condutas de contenção. A resposta ao cuidado da população reorganiza ações setoriais e, na Educação, uma das alternativas foi substituir as aulas presenciais por aulas no formato à distância mediadas por recursos tecnológicos (Santos; Ferla, 2021).

É certo que essa alternativa não é necessariamente um sucesso e expressa as desigualdades sociais, sobretudo em territórios cujos indicadores sociais são menos favoráveis. Há estudantes cujas famílias não possuem sequer energia elétrica de qualidade em suas residências, quicá aparelhos eletrônicos e acesso à internet de qualidade. Assim, o formato não é suficiente para manter o processo de ensino e aprendizagem. Vejam o recorte de uma das entrevistas:

Participante 10: Tudo tem que fazer online, tudo é online, aí fica difícil.
Entrevistador: Lá tem internet, onde você mora?

Participante 10: Não, só quando o pessoal coloca mesmo.

Entrevistador: E como que funciona para ter aula remota, como é que é?

Participante 10: Remota é quem tem celular né, aí tem internet, faz aula normal. Lá em casa não foi remoto, foi tipo assim, teve uma apostila né, para mim foi mais dificultoso porque não tinha celular, aí às vezes eles

não queriam levar e ficava mais difícil que eu não tinha celular, aí não tem internet. Eu consegui um celular, tem que ter internet, tem que ter o Wi-Fi lá ou outras coisas.

Entrevistador: Então as crianças ficaram sem assistir aula esse período?

Participante 10: E eles não estudaram assim né, estudaram em casa, assim com a apostila entendeu?

A estratégia do ensino à distância é por compor uma ação conjunta às medidas sanitárias para apoiar a redução da transmissão viral na medida em que oferece condições para manter o isolamento espacial (Santos; Ferla, 2021). Compreender o sentido colocado no relato acima nos permite aproximar de dois princípios que sustentam e podem direcionar essa discussão: equidade e integralidade. A equidade seria trabalhar com diferentes e diferenças. Assim, quando se propõe uma educação mediada por recursos tecnológicos que dependem, além dos próprios recursos, de energia e internet de qualidades, pessoas com condições precárias de vida terão acesso limitado (Santos; Ferla, 2021). Nesse caso, a equidade será marcada pelas condições de dar atenção diferente às pessoas com necessidades diferentes para que tenham acesso aos mesmos direitos.

O outro conceito pertinente nesta discussão é a integralidade. Esse princípio visa garantir atenção que ultrapasse as práticas curativas, compreendendo as pessoas em sua totalidade e ampliando essa compreensão às questões familiares, culturais, relacionais e territoriais. Quando não há inserção desses aspectos na construção dos cuidados, demonstra-se exclusão da proteção social, que exige articulação do cuidado em saúde com outros recursos e setores.

Assim, sem integralidade, as estratégias pensadas ficam isoladas e sem gerar respostas positivas ao fornecer os serviços essenciais, como é caso da educação. É cabível aqui a reflexão do secretário geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Antonio Guterres, que traduz as diferenças realçadas pela pandemia: *“Estamos todos flutuando no mesmo mar, mas é evidente que alguns estão em super iates, enquanto outros se agarram aos escombros à deriva”* (OXFAM, 2021). O registro metafórico aqui é para expor que a pandemia de Covid-19 atinge a todos, mas o faz de maneiras diferentes. É possível, portanto, perceber que a crise sanitária aumentou a distância entre a educação do sistema privado e a do sistema público, aprofundando as desigualdades educacionais.

A última resposta da entrevista acima também direciona a outro ponto de análise: mudanças substanciais nas rotinas de estudos, incluindo recursos materiais, técnicos, profissionais e relacionais. As aulas remotas exigiram de estudantes e professores uma adaptação da rotina domiciliar às novas demandas trazidas pelas aulas remotas (Santos; Ferla, 2021).

Cabe aqui uma discussão que inclui questões relacionadas à disponibilidade e acesso aos recursos tecnológicos e internet, perpassando pelas questões de ambientação com substituição da sala de aula escolar pela moradia. A proposta do estado e do município de manter o processo de ensino era com mediação tecnológica, como foi observado em outros municípios do Amazonas e em outros estados do Brasil. Apesar do esforço, a medida não significou um sucesso e os resultados do fracasso escolar, incluindo a evasão, devem sugerir profundas análises. Por ora, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que, em 2019, no Brasil, aproximadamente 4,3 milhões estudantes maiores de 10 anos ainda não possuíam nenhum tipo de acesso à internet. Desse total 95,9% eram alunos da rede pública de ensino (IBGE, 2021).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostra que “a diferença é ainda maior quando comparadas por região, no Norte e Nordeste, o percentual de estudantes da rede pública que utilizaram a internet foi de 68,4% e 77,0%, respectivamente. Nas demais regiões esse percentual variou de 88,6% a 91,3% (PNAD, 2021).

As respostas das esferas municipais e estaduais no município de Itacoatiara, AM, foram diferentes para a educação. As escolas estaduais adequaram-se ao novo modelo de ensino por meio de aulas on-line transmitidas pelo sinal “*Aula em Casa*”. As aulas eram gravadas pelos mesmos professores das respectivas disciplinas e eram enviadas aos grupos formados no WhatsApp categorizados por série e disciplina.

Já a esfera municipal disponibilizou versões impressas de material didático para apoiar os professores e alunos no processo de ensino-aprendizagem, por se tratar de uma região de instabilidade de sinal de internet. Para a entrega dos materiais, a escola organizava uma escala mensal com revezamento de trabalhadores com o intuito de evitar aglomerações. Apesar da organização da escola na entrega dos materiais, a logística de retirada contribui com a exposição das pessoas ao risco biológico, uma vez que elas precisam sair de casa para chegar à escola. Essa medida é pouco compatível com a orientação de prevenção comunitária da pandemia de Covid-19, que recomenda evitar a circulação de pessoas para bloquear a transmissão do novo coronavírus (Menezes; Andrade; Dias, 2021; Santos; Ferla, 2021).

Como ocorreu nas escolas estaduais, o município também disponibilizou material didático em formato digital, que foi encaminhado aos alunos por WhatsApp. Os professores, assim como na rede estadual, também gravaram vídeo aulas para ensinar os conteúdos de suas respectivas disciplinas. Esses materiais também eram enviados pelos mesmos professores via WhatsApp.

Os modelos de ensino de caráter emergencial adotados nos conduzem a refletir, também, sobre a ambientação para os estudos e trabalhos diários.

Os estudantes e professores tiveram de substituir totalmente o ambiente escolar pelo ambiente doméstico, e a metodologia aplicada em sala de aula pelo estudo remoto. Deve-se considerar a ambientação um elemento importante e que pode exercer influência sobre os resultados no processo de ensino-aprendizagem. As casas dos participantes desta pesquisa têm, em média, 3,4 pessoas. Isto é, a dinâmica familiar, com ocupação de espaços por mais tempo, conversas e barulho, durante a quarentena pode prejudicar os estudos e a atuação do professor durante a ministração ou elaboração das aulas. Portanto, disponibilizar aulas on-line síncronas ou assíncronas e materiais digitais e impressos não são suficientes para manter o processo de ensino e aprendizagem. Grupos historicamente marginalizados se tornaram ainda mais vulneráveis, sendo (novamente) lembrados pela invisibilidade.

CONDIÇÕES DE VIDA

Considerando o princípio da integralidade, os sistemas de saúde deveriam ofertar serviços mais amplos, combinando diversos profissionais e especialidades, bem como manter vínculo com outros serviços, garantindo complementaridade do cuidado. No contexto prático, percebem-se dificuldades para a articulação apontada, gerando distanciamento do acompanhamento integral.

Em muitos casos, como foi percebido nas entrevistas, notou-se a insuficiência da UBS em ter que lidar com determinadas questões que atravessaram o contexto pandêmico, gerando maior risco de exposição ao vírus, como as condições de moradia e trabalho.

As condições de moradia foram um fator importante observado na entrevista. Em média, moram 3,5 pessoas por casa e cada uma delas tem, em média, 2 cômodos. Somam-se às condições desfavoráveis do ponto de vista de moradia dos participantes as condições de trabalho e de exercê-lo ou ausência dele, ampliando as vulnerabilidades individuais e, também, coletivas. Na entrevista, 25% disseram *“não ter tido problema com emprego/trabalho”*. Os demais (75%) revelaram problemas, como pedido de demissão, pois foram forçados que trabalhassem doentes; redução da carga horária; fechamento temporário ou falência do empreendimento; deixaram de trabalhar durante a pandemia por receio; tiveram dificuldade de encontrar emprego ou foram demitidos. Relatos como o do Participante 03, demonstram tal efeito: *“Tá acabando, tá voltando só a rotina normal, né? Só falta arrumar o trabalho”*. Outra entrevistada diz o seguinte: *“Muita coisa que eu fazia, não pude mais fazer mais. Eu trabalhava com tapete, essas coisas, né? E aí eu perdi tudo, porque por um tempo da pandemia as pessoas tinham medo de sair, aí eu parei com as minhas costuras, era de onde eu me mantinha, né?”* (Participante 11).

Esses depoimentos ajudam a compreender o impacto da pandemia de Covid-19 nas condições de vida e trabalho e, logo, na organização financeira

individual e familiar, e como tudo isso impacta o sistema de saúde.

Nossos achados mostram que há necessidade de incorporar outro nível de atenção para garantir a integralidade no cuidado. As circunstâncias levantadas mostram situações importantes que necessitarão de aprofundamentos, como a questão da moradia e o trabalho e as condições de exercê-lo articulados em rede, por ora, questões não abordadas na Atenção Básica. Pessoas que vivem na pobreza são/estão mais propensas a ter empregos sem a opção de trabalhar em casa e, logo, mais vulneráveis às condições de adoecimento. Porém, a Atenção Básica contribuiu na identificação das condições de vulnerabilizações sociais às quais as pessoas estão expostas, identificando e entendendo os riscos e obstáculos no acesso aos serviços de saúde (Wolfson; Leung, 2020).

A aglomeração, considerada um risco para infecção pelo novo coronavírus, foi observada dentro das casas, em parte, motivada pela mudança na dinâmica de trabalho ou mesmo ausência dele, quando se observa a perda de emprego ou redução de carga horária com impacto na renda.

Tornando a situação ainda mais visível e complexa, para além das casas serem muito cheias, muitas delas têm problemas de infraestrutura. Muitas famílias não têm acesso à água corrente para lavagem das mãos, medida preconizada para combate à pandemia, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quiçá possuem condições para aquisição de álcool 70% - outra medida de combate ao vírus (Wolfson; Leung, 2020).

Se compararmos o início da pandemia no Brasil com dados posteriores, quando já é possível observar melhor o perfil epidemiológico, a Covid-19 não é democrática, ainda que para alguns entrevistados, a sensação é de que a doença continua sendo considerada como em seu início:

(...) é uma coisa que é mundial, não é só no Brasil, no Amazonas, em Manaus, é no mundo inteiro. Não escolhe pra morrer não, morre rico, morre pobre, vai levando de montão, então é uma coisa que eu não entendo. Eu creio que é uma das coisas que Deus já tá permitindo que a desobediência é tão grande que ele já tá permitindo que a gente sofra um pouco pra começar a pensar na nossa vida (Participante 02).

A resposta do entrevistado reserva uma verdade sobre a pandemia. Num primeiro instante, as evidências eram de que a doença atingia pessoas idosas e/ou com comorbidades. Num segundo instante, pouco depois do avanço acelerado da doença, os registros evidenciaram uma completa heterogeneidade nos casos, revelando infectados e mortes entre pessoas de diferentes faixas etárias e lugares, mas com foco maior nos territórios vulnerabilizados e em situações de baixa estrutura dos serviços de saúde, considerando o

subfinanciamento na saúde pública (Biehl, 2021). Dessa forma, negros, periféricos e indígenas foram mais atingidos pelos fatores biológicos e sociais da doença. Isso também pode ser observado nas taxas de morte pela doença, configurando a necropolítica e revelando situações e comportamentos de racismo e descompromisso (Castro, 2021).

A mesma fala nos faz, também, analisar sobre o negacionismo e sobre a terceirização das culpas. Em Itacoatiara, desde que registrou o primeiro caso da doença, foi exponencial o crescimento do número de casos, como foi divulgado nos Boletins Epidemiológicos.

A questão é que, mesmo com evidências que revelam a veracidade dos fatos, que significou uma ameaça sanitária de caráter devastador, autoridades sanitárias se depararam com a estupidez eleitoreira. Quando os fatos não são convenientes, passa-se a desacreditar neles, sem se importar com a gravidade comprovada e anunciada. Ter à frente da nação uma figura pública ignorante e mal-intencionada fez emergir uma parcela da população negacionista. Esses componentes foram sempre presentes e motivados pela perversa liderança governamental, que se estendia às aparições públicas com discurso de ódio e descompromisso social. Quando havia tempo hábil para evitar a catástrofe sanitária, espalhava-se um discurso negacionista, sobretudo às recomendações internacionais, como bem revelou a Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI) da Covid-19, realizada no Congresso Nacional.

A contribuição do Participante 02 também nos convida a refletir sobre a terceirização de culpas, como se a doença (e o seu descontrole) fosse um castigo de Deus aos homens por não se curvarem aos mandamentos vigentes (Hegenberg, 1998). Mas, em contradição à contribuição catastrófica por parte do governo federal, houve intensa mobilização social com adesão aos cuidados recomendados no intuito de proteção individual, como pode ser observado na contribuição dos Participantes 04 e 06:

(...) só saía eu de casa e voltava e tomava banho lá fora, nunca tomava banho dentro de casa. Só entrava quando terminava de tomar banho (Participante 04).

Acho que a gente tem que ter muito cuidado com a nossa vida, né, com a nossa saúde, principalmente agora com essas novas variantes. Assim a gente tem que ter bastante cuidado e cuidar da nossa família também, dos nossos pais, dos nossos filhos também, que ainda não foram vacinados, como as nossas crianças menores e aí tudo isso, a gente tem que ter muito cuidado, entendeu? Com a nossa saúde que é a nossa vida. Então acho que isso é muito importante (Participante 06).

A colaboração nos ajuda a pensar sobre a “corrida coletiva” para conter o avanço da doença, sobretudo quando percebemos a ausência de uma res-

posta que articulasse condições de cuidado às pessoas. Além das mobilizações individuais, a necessidade de ações para contenção da mobilidade social também inclui formas coletivas de organização do cuidado, como isolamento e quarentena, como declara o Participante O6:

O lazer que a gente tem que ter, não pode aglomerar, então eu evito de sair mais. Não pode ter aquele lazer como antes, que eu podia levar meu filho na praça para brincar com outras crianças e tudo, agora é menos, bem menos, ele não sai quase.

Com a chegada e avanço da pandemia de Covid-19 com impacto na organização de vida das pessoas, as desigualdades de renda, gênero e raça ganharam ainda mais destaque, deixando as pessoas, que já eram atravessadas pela inexistência de políticas sociais, ainda mais vulneráveis.

Aqui também cabe uma reflexão quanto à existência das políticas, que é a forma como se acessa e quem tem a gestão do cuidado, com acesso seguro às informações sobre a assistência prestada. Além de refletir sobre como a inserção no mundo do trabalho é desigual e reforça iniquidades de gênero, raça e classe social. Assim, uma articulação entre políticas econômicas e políticas sociais, como aumento do salário-mínimo e mais políticas de renda e nutrição, é relevante para apoiar as pessoas e retirá-las da condição de pobreza, diminuindo as iniquidades (Wolfson; Leung, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a publicação do primeiro capítulo sobre as condições de vida, organização dos serviços de saúde e condição de desenvolvimento humano em Itacoatiara, que é abaixo da média se comparado ao Amazonas e ao Brasil, perceberam-se poucas mudanças nos indicadores, já anteriormente identificados como pouco favoráveis. Os resultados mostram e, ao mesmo tempo, corroboram com a literatura, que os indicadores da região Norte se destacam como os mais desfavoráveis do Brasil (Affonso *et al.*, 2021).

Em parte, as condições de acesso e resolutividade da atenção à saúde na pandemia reflete a dificuldade propositiva da gestão federal do SUS, que incidiu duplamente no território amazônico: como efeito necropolítico, uma vez que a omissão e a vulnerabilização dos povos amazônicos esteve na tônica dos discursos oficiais; e como efeito assistencial, na medida em que as políticas de saúde para o Brasil têm pouco diálogo com os territórios líquidos da Amazônia (Schweickardt; Lima; Ferla, 2021). Por outro lado, a base empírica dessa análise também aponta condições próprias do território em análise, sobretudo um protagonismo atenuado do sistema local de saúde no enfrentamento à pandemia com ações de promoção e proteção da saúde na Atenção Básica.

No contexto da saúde, interessa conhecer o território e a forma como as pessoas estabelecem relações para acompanhar a organização social e a transição demográfica, sendo oportuno para antecipar políticas de prevenção nos sistemas e serviços de saúde, assim como para propor e executar políticas de assistência, sendo possível questionar os aspectos reais que as pessoas vivem em seus territórios para, no caso da Covid-19, compreender o processo saúde-doença de forma ampliada. Essa análise traz à tona especificidades do campo biomédico na pandemia, mas convida a refletir sobre a dimensão socioeconômica, com debruçamento sobre as condições de moradia e de trabalho e sobre a precariedade de saneamento básico, para enfrentamento à pandemia.

Assim, quando se trata da Covid-19, que se mostrou multifatorial e vem exigindo que as disciplinas biomédicas expandissem seus campos de saberes e práticas, as políticas públicas devem assumir um caráter interdisciplinar, incorporando as disciplinas que partem, também, das Ciências Sociais e Humanas e das Ciências Ambientais, concordando com Madel Luz (2009), além de serem permeáveis aos diferentes setores. Caso contrário, se as políticas se reduzem a apenas à conjuntura biologicista, desconsiderando os aspectos econômicos, sociais e políticos, tendem a ser um fracasso. E o fracasso, nesse caso, significa não converter os indicadores que já se mostraram menos favoráveis em indicadores mais favoráveis.

Na trajetória de enfrentamento à Covid-19, a Atenção Básica mostrou-se um ponto de atenção à saúde importante no cuidado coletivo, colocando-se como estratégica nas relações de assistência na medida em que reestruturaram as rotinas para atendimento à demanda emergencial da pandemia. Mas também foi estratégica nas relações de solidariedade entre os profissionais/trabalhadores da saúde e os usuários na perspectiva de tornar o território mais seguro para todos e todas. Dessa forma, a Atenção Básica precisa ter uma estrutura compatível ao caráter multidisciplinar que a caracteriza.

Mesmo com tantos desafios e com o estado crônico de desfinanciamento, o SUS se demonstrou essencial para enfrentamento à pandemia de Covid-19 ao passo que, também, oferece cuidados diários em saúde às pessoas com relação a outros agravos, garantindo o cuidado à saúde com equidade e integralidade a todos com condições sanitariamente efetivas.

É necessário prosseguir com as análises para melhor compreender os indicadores e os contextos no município de Itacoatiara, caracterizando e aprofundando as questões aqui apresentadas acerca das iniquidades em saúde. Sem que existam estudos completos e que acompanhem as mudanças, para além da dimensão biologicista, jamais compreenderemos o impacto real da pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

- Affonso, M. V. G. et al. (2021). O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da Covid-19 em Belém, Pará. **Physis**, 31(02), e310207. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/gTq4V-nTfywHQX5gVQ5zWDJv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.
- Albuquerque, G. S. C. & Silva, M. J. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, 38(103), 953-65. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfq8HS-CymkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- Biblioteca Virtual do Amazonas (BVA)**. (2012). Recuperado de www.bv.am.gov.br/portal/conteudo/municipios. Acesso em: 20 nov. 2022.
- Biehl, J. (2021). **Descolonizando a saúde planetária**. Horizontes Antropológicos, ano 27(59). Recuperado de <http://journals.openedition.org/horizontes/5259>. Acesso em: 5 nov. 2022.
- Cardoso, J. S. (2013). Professores geração Y: Mudança de perfil não garante uso mais eficaz de novas tecnologias no contexto educacional. **(CON)TEXTOS LINGÜÍSTICOS**, 7(8), 199-219. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/contextoslinguisticos/article/view/6013>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- Castro, R. (2021). Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, 27(59), 71-90. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ha/a/zSJgZQ-VLxxF5cwZGYtLKZyS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- Cavallini, M. S. (2014). As gravuras rupestres da bacia do baixo rio Urubu: levantamento e análise gráfica do sítio Caretas, Itacoatiara - Estado do Amazonas. Uma proposta de contextualização. **Dissertação** (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/71/71131/tde-21102014-161559/>. Acesso em: 31 out. 2022.
- Cruz, P. G.; Lemos, S. M. & Higuchi, M. I. G. (2016). O espaço como uma rede viva que constrói sociabilidade e cuidado. In: Schweickardt, J. C. et al. (Orgs.). **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado** (pp. 53-74). - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-e-praticas-de-saude-na-amazonia-tecendo-redes-de-cuidado-volume-2/>. Acesso em: 30 set. 2022.53-74
- Egry, E. Y. & Oliveira, M. A. C. A. (2000). Historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, 34(1), p. 9-15. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9pCLGTRV9LMh9TN7tVmckGb/?for>

mat=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 set. 2022.

Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). Governo do Estado do Amazonas Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM). (2022). **Boletim Epidemiológico: Situação Epidemiológica da Covid-19 no estado do Amazonas, 2022**. Situação Epidemiológica da Síndrome Respiratória Aguda Grave no estado do Amazonas. Situação Epidemiológica da rabdmíolise no estado do Amazonas, 2022. Recuperado de https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o_Epidemiol%C3%B3gica_de_Covid-19_e_da_SRAG_no_Amazonas_Ano_01__N%C2%BA__gZVagAF.pdf . Acesso em: 8 out. 2022.

Hegenberg, L. (1988). Doença: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**. 137 p. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-03.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). (2021). **Agência IBGE Notícias**. Internet chega a 88,1% dos estudantes, mas 4,1 milhões da rede pública não tinham acesso em 2019. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30522-internet-chega-a-88-1-dos-estudantes-mas-4-1-milhoes-da-rede-publica-nao-tinham-acesso-em-2019>. Acesso em: 11 set. 2021.

Luz, M. T. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde, Soc.**, 18(2), p. 304-11. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29601/31469>. Acesso em: 21 set. 2022.

Menezes, J. M. S.; Andrade, J. C. & Dias, S. S. (2021). Elaboração e distribuição de material didático para auxílio no ensino remoto de química orgânica na educação básica em Itacoatiara-AM. **Scientia Naturalis**, 3(1), p. 237-45. Disponível em: <file:///C:/Users/Microsoft-PC/Downloads/4595-Texto%20do%20artigo-13898-1-10-20210319.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec. (**Saúde em Debate**, 145). ISBN: 85-271-0580-2.

Monteiro, A. X. et al. (2022). Análise da situação de saúde e as ações de enfrentamento à Covid-19 em Itacoatiara/AM. In: Schweickardt, J. C. et al. (orgs.). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. (1 ed., pp. 53-74). Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Vidas-Indigenas-Importam.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

OXFAM INTERNATIONAL. (2021). **O vírus da desigualdade: Unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável.** Recuperado de https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/2021/01/bp-the-inequality-virus-110122_PT_Final_ordemado.pdf?utm_campaign=davos_2021_-_pre_lancamento&utm_medium=email&utm_source=RD+Station. Acesso em: 25 ago. 2022.

Santos, M. (1997). **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico informacional.** 5^o ed. Editora Hucitec.

Santos, W. P. & Ferla, A. A. (2021). Pandemia e os desafios de conexão: um olhar do estagiário da saúde sobre o processo de ensino e aprendizagem. In: Nicolau, S. M. (org.) et al. **Formação no e para o SUS na pandemia da Covid-19: resistências e (re)invenções.** (1. ed., pp. 75-89). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-Formacao-no-e-para-o-SUS-na-pandemia-da-Covid-19-resistencia-e-re-invencoes-1.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2022.

Santos, W. P. & Ferla, A. A. (2022). Linhas de cuidado ao câncer anal na Amazônia: um olhar para os territórios para entender e cuidar das pessoas. **Anais do 150 Congresso Internacional da Rede Unida**, v. 8, Supl. 3, pp.993-995. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/index>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S. & Ferla, A. A. (org.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes.** 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-ED.16-Mais-Medicos-na-Amazonia-Efeitos-no-Territorio-Liquido-e-suas-gentes-compactado.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

Schweickardt, J. C.; et al. (Orgs.). (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** 1.ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. 282 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.18). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazonia-percursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

UBS Brasil. (2022). **Unidade Básica de Saúde Manoel Mendes da Silva.** Recuperado de <https://www.ubsbrasil.org/sobre/unidade-basica-de-saude-manoel-mendes-da-silva?idempresa=unidade-basica-de-saude-manoel-mendes-da-silva>. Acesso em: 7 out. 2022.

Wolfson, J. A., & Leung, C. W. (2020). Food Insecurity During Covid-19: An Acute Crisis With Long-Term Health Implications. **American journal of public health**, 110(12), 1763-1765. Recuperado de <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305953>. Acesso em: 25 nov. 2022.



TERCEIRA SEÇÃO

CHEGOU À PANDEMIA NA ILHA TUPINAMBARANA:

reorganizar o pensamento, as ações e os cuidados

Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Trabalhadora e gestora do Município de Parintins

E de repente fomos surpreendidos com a pandemia do Coronavírus. A Covid-19 chegou e instalou um caos... Começamos a ver um novo cenário, primeiro em outros países, pelos noticiários na TV e nas rádios locais, mas eram apenas notícias. É, não demorou a chegar ao nosso País. Pouco tempo depois chegou ao nosso Amazonas. E, por fim, também chegou em nossa amada ilha Parintins.

Para os parintinenses, o pensamento era que não chegaria até aqui. Uma ilha, no Brasil, no Amazonas. É claro que não chegaria, que estaríamos seguros aqui, mas, os dias foram passando, o coronavírus se espalhando e nos vimos sem saída, aflitos, com medo, nervosos, cheios de dúvidas e incertezas.

Março, um mês que marca, que fere, e que faz as lágrimas escorrerem, pois foi nesse mês que tudo começou aqui. O primeiro caso de Covid-19 do município de Parintins, em 18 março de 2020, dias depois se confirma o primeiro óbito do Estado do Amazonas. O primeiro parintinense, amazonense, pai, filho, esposo, irmão, amigo, pescador, torcedor do boi Caprichoso, partia, uma partida sem volta. Uma dor vivida por uma ilha, partilhada entre todos à distância.

É, o coronavírus se tornou uma realidade, não era um sonho ruim, era a mais pura e triste verdade. E tudo mudou, passamos a usar máscara, não podíamos mais sentir a brisa no rosto nas margens do rio Amazonas. O sentimento de liberdade nos foi roubado, não podíamos mais estar perto uns dos outros, não podíamos mais abraçar, apertar as mãos, nos cumprimentar de forma carinhosa e calorosa.

E o “*fique em casa*”? Que dilema, que difícil é ficar em casa, sendo o único provedor de seu lar. E o lar, como ficam aqueles que não tem um lar? Que dor, lembrar do que vivemos, do que sentimos, do que vimos.

Os sentimentos trabalham em nossa mente e em nosso coração. E se não soubermos controlar e dominar nossas emoções, acabamos nos tornando reféns. Eu, por exemplo, passei por alguns estágios. Primeiro, estava preocupada, desesperada, diante do novo, não sabia nada de concreto. Sabia que era grave, que contaminava e matava. Eu não queria mais sair de casa, queria ficar protegida junto à minha família, mas não teve jeito, tive que encarar de frente o tão temido vírus.

Aos poucos fomos redesenhando os dias, as atividades, o dia a dia. Filhos em casa, devido a paralisação das aulas. Que alívio, eles estavam protegidos. Mas, eu continuei a trabalhar mesmo tomada pelo desespero e medo.

O trabalho na secretaria municipal de saúde se tornou intenso, a rotina mudou, os horários, as demandas, a aflição dos colegas de profissão, da população e administrar os nossos próprios medos, se tornou algo bem difícil. Estar numa função de gestão em um momento de pandemia foi bem difícil, a cobrança por paralisação, por insumos adequados, a falta de compreensão dos colegas de classe, foi bem tenso, mas aos poucos tudo se encaixou, entre um desentendimento e outro, entre uma escala e outra, as coisas foram se adaptando, entendi e me coloquei no lugar dos colegas, e no meu será que alguém se colocou? Sim, poucos, ainda há empatia e entendimento por parte de alguns que não posso e nem tenho autonomia para resolver todas as demandas. E houveram mudanças também no trabalho no setor privado da odontologia.

Os atendimentos odontológicos do SUS foram suspensos, mas a população não foi prejudicada, pois houve uma reorganização no serviço. O centro de especialidades odontológicas – CEO passou a ser um centro de referência para atender urgências de saúde bucal. Os profissionais passaram atuar por escalas, atendendo as demandas dos agravos de saúde da cavidade oral. Nesse sentido foi um grande desafio, administrar a as emoções, as aflições, os pedidos, imposições dos profissionais. Afinal, também sentiam o medo e queriam estar protegidos, de preferência em casa. A boca era um território perigoso, sendo completamente compreensível o medo, mas como profissionais de saúde devemos estar prontos para atender e honrar nosso juramento.

Outras estratégias foram sendo desenvolvidas para que a população pudesse contar com os serviços de saúde. Onde as pessoas pudessem encontrar na Unidade de Saúde pra serem acolhidos e terem uma informação. O atendimento inicial para as síndromes respiratórias e casos suspeitos de Covid foi instituído nas unidades de referência para Covid. As gestantes tiveram duas Unidades de referência para o pré-natal e o serviço de odontologia.

Não posso deixar de citar a experiência vivenciada com a gerencia da Saúde da Mulher e da Criança. O consultório móvel da odontologia paralisou seus atendimentos odontológicos e passou a ofertar triagem neonatal, va-

cinação e consulta puerperal. Deixou por um tempo de ser o odontomovel e passou a ser o babymovel.

Atuo em uma clínica odontológica e o vírus chegou afetando a parte financeira, assim os nervos ficaram ainda mais mexidos e aflorados. No início paramos por duas semanas e depois retornamos. O fluxo foi diminuído, o horário de funcionamento alterado devido ao toque de recolher, que chegou a ser de 15h às 06h. E mesmo diante das incertezas continuamos a funcionar. Utilizamos os EPI adequados e fomos a luta. Afinal, a clínica era fonte de renda de algumas famílias.

Os dias foram passando e os sentimentos mudando. Do desespero passei ao medo, do medo à preocupação, da preocupação à conscientização. Então me fiz de forte e continuei a trabalhar, melhorando e reforçando as medidas de prevenção e seguindo os protocolos. Os dias continuaram a passar. Então relaxei, não nos cuidados, mas acalmei o coração, a mente e tentei seguir. A preocupação ainda continua, mas nada de desespero.

Ficar longe de quem se ama, de quem se convive diariamente é bem complicado. Não poder abraçar, pegar na mão, e seguir sua vida normal. A mudança na rotina abala um pouco, mas, nesses tempos manter distância foi uma prova de amor. A lembrança da minha mãe que ia na frente de casa apenas dar tchau aos netos, nos levou a fazer o mesmo na casa dos pais e irmãos. Habitando na mesma cidade, os áudios e as vídeo chamadas eram um afago, um abraço imaginário, mesmo na distância.

A pandemia nos trouxe muita dor, e quem diria que seria pior do que já estava sendo. É podia ser pior e foi. Pouco antes de completar um ano de pandemia enfrentamos a crise do oxigênio no Estado Amazonas. Em Manaus, o dia 14 de Janeiro de 2021, ficará marcado como o mais dolorido desse período. Um caos maior ainda se instalou, por dois dias. Houve a falta de um insumo tão precioso e essencial nesse momento tão delicado, e com isso muitas mortes aconteceram. A cidade se tornou um cenário de horror. Tamanho foi o caos que foi necessário transferir pacientes para outros estados, numa tentativa de não perder mais vidas.

Nessa vida temos uma certeza. Um dia iremos morrer. Também iremos perder aqueles que amamos. No entanto, não estamos preparados para isso. Pior é não poder se despedir com um velório, um sepultamento, um último adeus. Difícil suportar a dor associada ao corpo do ente querido que esteve armazenado em uma câmara frigorífica. Até isso tivemos que enfrentar. Quantas famílias passaram por isso? Quantas famílias sofreram uma dor que não era sua? Sofremos todos juntos, sem se conhecer, pois nos colocamos no lugar do outro, e pensar que realmente poderia ser conosco sentir essa dor, chega a doer de verdade.

A vacina chegou, e com ela a esperança de dias melhores. Era um domingo, dia 17 de Janeiro de 2021, na cidade de São Paulo, a primeira pessoa a receber a vacina foi uma profissional de saúde. No Amazonas foi uma profissional de saúde indígena. Em Parintins foi um médico da linha de frente, seguida da gestora do hospital e uma indígena. Assim iniciou oficialmente o processo de vacinação no município. Que alegria poder ver esse momento. E diante disso houve também a pressão da sociedade por vacina para todos. Muitos se recusaram, ajudando a enfraquecer a confiança nesse líquido precioso. É difícil de entender, pois devia ser unânime a vontade de fortalecer a confiança na ciência.

Em Parintins, a vacinação iniciou no dia 19 de janeiro de 2021, uma mistura de sentimentos. Como parte integrante da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, estive presente nesse dia. Alegria, emoção, muitos profissionais de saúde recebendo a primeira dose. No entanto, não tinha para todos. Então o caos se instalou, gritos, xingamentos, pressão. Até o Ministério Público interviu. Aos poucos mais doses foram chegando e mais parintinenses foram contemplados. Hoje, muitos já estão com a terceira e a quarta dose, outros com duas doses, apenas alguns com uma dose e, acreditem, outros sem dose alguma.

Foi um tempo sombrio, triste, desesperador e de muita dor. Hoje estou aqui relembando e escrevendo. E, ao olhar para trás, agradeço a Deus por estar aqui, viva. Por não ter pego, por estar vacinada, por não ter perdido um ente querido, por manter um emprego que garante o sustento.

Que bênção ter um lar para cumprir as medidas e o toque de recolher. Que bênção ter o alimento de cada dia. Que bênção poder estar perto daqueles que amo. Que bênção poder estar aqui e agora.

Seja como for, um dia colorido, ou um dia cinza, um dia de sorrisos ou de lágrimas, o essencial nessa vida é ser grato pela vida. A vida não vem com um manual de instrução, nos mostrando o próximo passo. A vida quer de nós coragem, determinação, humildade, gratidão e fé. Acredito muito que temos sempre mais o que agradecer do que a pedir. Então que sejamos gratos pela vida, dia após dia, todos os dias.

SOBREVIVENTE DO MISTERIOSO

Bruno de Souza Lourenço
Médico do município de Parintins

Sobre a pandemia lembrarei de muitas coisas. Lembrarei de sonhos e projetos interrompidos, de estar em uma situação de guerra mesmo não estando em uma. Para falar a verdade, o que vivi entre dezembro e janeiro de 2021 até me fez esquecer o que vi em abril e maio de 2020.

Depois que a primeira onda “*passou*” a maior parte dos manauaras esqueceu o que aconteceu e retomou a vida praticamente normal. Repetiam “*Ah, mas todo mundo já pegou! Já estamos praticamente imunizados aqui*”, “*Manaus venceu o vírus ignorando a Covid-19*”. O discurso estava embasado na famigerada teoria da imunidade de rebanho, ou imunidade coletiva.

E sim, a vida meio que voltou ao que era antes. Revi alguns amigos pessoalmente, saía algumas vezes, mas sempre evitando locais fechados ou com muita gente.

Com a chegada do fim do ano e todo aquele clima de Natal e Ano Novo, as pessoas ficaram eufóricas, o comércio animado para faturar e as pessoas pareciam ter perdido a noção do perigo. Teve confraternizações, centros comerciais lotados... aí começaram a surgir mais casos e internações. A essa altura, já estávamos sob restrições mais severas, mas a maioria das pessoas estava mais preocupada com o impacto econômico da pandemia. Isso resultou em manifestações de rua que obrigaram o governo a recuar e flexibilizar as regras que nem eram tão rígidas assim.

De uma hora para outra tivemos uma explosão de casos. Muita gente, mas muita gente mesmo, contraiu o novo coronavírus. Foi justamente nessa época que a Fiocruz Amazônia identificou a circulação da variante P1 na cidade. Não demorou para a situação começar a repercutir nos hospitais que, lotados, entraram em novo colapso em menos de um ano. Tristeza, lágrimas, esperança e fé.

Me lembro de quando tudo começou e quando vi na CHINA pensei em questão de tempo. Chegará no Brasil. Por ser MÉDICO fiquei em estado de choque ao ver uma catástrofe assim, nunca me vi tomando medicamento para ansiedade. Minha esperança sempre foi a vacina, rezava todos os dias para

que isto fosse apenas uma fase e logo virasse lembranças. Nunca vou esquecer que esta doença não deixa a gente fazer planos e o que quero é um dia não esquecer, mas lembrar de quem eu era antes desta pandemia e tentar me resgatar.

Lembro do meu primeiro paciente Covid-19 entrou caminhando com muita dispneia e cansaço todos sem entender o que estava acontecendo, saturação caindo e logo em seguida intubado, era muito rápido uma onda pior que a outra, tinha dias que não me aguentava em pé cheguei a fazer 60 horas seguidas de plantão pela falta de colegas médicos, pensava a todo o momento em desistir quem me deu força foi minha esposa, meu sogro e sogra que estavam sempre ao meu lado, vi famílias inteiras sendo dizimadas pelo vírus, cheguei até em pensar que morreria, mas Deus foi bondoso e generoso passei ileso pelo vírus e nunca contrai esta maldita doença.

Eram tantas perdas, porém teve uma família em que morreram três irmãos em dois dias. Dois deles estavam em leitos próximos. Isso impacta muito, porque você vê uma família ser dizimada.

Outra o rapaz foi intubado com Covid-19. A mulher dele foi internada, mas parecia que evoluiria bem e não precisaria ser intubada. Mas é muito difícil saber, porque às vezes um paciente demora 10 dias na UTI e você não sabe para onde ele vai, se vai melhorar ou piorar.

O rapaz acabou morrendo. A mulher dele, que a gente achava que daria alta em poucos dias, piorou também e foi intubada. Dias depois, ela morreu. Depois, a irmã dela, que estava internada no hospital, também faleceu.

Nunca é fácil comunicar isso, porque você acompanha essas famílias e aquele sofrimento durante as internações, que muitas vezes duram dias ou semanas. Por incrível que pareça, esse comunicado para as famílias acaba sendo algo que a gente se acostuma. Não é ser insensível, mas é que já estava se tornando algo do cotidiano. Mas claro, quando você vai comunicar três mortes para uma mesma família, como tem acontecido em alguns casos, é mais difícil.

Os familiares dos pacientes sempre reconheciam o nosso trabalho, pois trabalhávamos com o desconhecido e recursos limitados sempre dando o nosso melhor, enquanto precisam enfrentar números de internações e mortes como nunca tínhamos presenciado em período recente, enfrentávamos o estresse causado pela falta de cuidados de muitos em relação ao coronavírus.

Por causa da falta de oxigênio, a equipe de saúde teve que assumir a difícil decisão de quem vai sobreviver ou morrer por conta da absoluta falta de estrutura. Vimos um paciente morrer atrás do outro. Eles definhavam, buscavam respirar, ficavam com a coloração azulada e morriam asfixiados na nossa frente. Não tínhamos o que fazer.

A situação no Amazonas se tornou notícia em todo o mundo. Diversos pacientes foram transferidos para outros Estados. Posteriormente, a cidade recebeu abastecimentos de oxigênio. A situação foi normalizada depois. Hoje as coisas estão bem, principalmente porque os números de internações caíram nos últimos meses.

Lembro que existia uma exaustão entre os colegas da saúde era um estresse 24 horas, como a gente nunca viveu. Era uma exaustão física e emocional. Trabalhávamos 24 horas salvando vidas.

Profissionalmente nada mudou ainda estou na linha de frente, vacina chegou e trouxe um pouco de alívio à tensão do confinamento. Pelo menos agora a gente espera ter menos chances de morrer de Covid-19. Os idosos da minha família já não aguentam o isolamento. Meu pai diz que não consegue mais andar direito. *“Vivo dentro de casa, trancado. Estou até com dificuldade de ouvir e enxergar, porque não converso e não vejo mais meus amigos”,*

Pós pandemia só restaram as sequelas, vamos precisar se adaptar ao que restou do nosso mundo. Acredito que o Amazonas ainda vai conviver por um tempo com a Covid-19. Mas espero que na próxima crise sanitária, o estado não tenha que enterrar mais de 11 mil pessoas para aprender a lição. E, também, que não seja necessário testemunhar o adoecimento e todas as consequências de uma doença na vida de 330 mil pessoas. Nada justifica e nem explica a desumanização e crise humanitária que foram impostas à população amazonense. A pergunta que fica é: quantas vezes vamos ter que viver isso ...

EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DO “NOVO” NA SAÚDE: o susto após o almoço

Josafá Vieira dos Santos
Agente de Combates as Endemias do município de Parintins

Sou funcionário público da secretaria municipal de saúde de Parintins, desde 2008, lotado na Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Município na função de Agente de Combates as Endemias.

No período da pandemia fomos deslocados das nossas atividades rotineiras para fazer força tarefa na linha de frente ao combate do coronavírus. As atividades foram de prevenção e realização de teste rápido para detecção do Covid-19 nas comunidades da zona rural do município.

Realizamos inúmeras viagens, cada uma com suas histórias particulares e aprendizados que levaremos para vida toda. Conhecemos muitas pessoas, com as quais mantemos o contato até hoje e algumas que nos deixaram lembranças e saudades. Dentre as viagens e histórias, uma ficou marcada por ser inusitada, causando sentimentos diversos em todos nós - integrantes da equipe de saúde.

Certo dia, saímos com a equipe da sede do município para uma ação na Região da Valéria, denominada comunidade Santa Rita, a uma hora de distância utilizando a lancha. Após desembarcamos, fomos recebidos pelos comunitários e responsável pelo local. Realizamos uma breve conversa para explicar sobre o motivo e o objetivo da ação. Foram cedidos a escola e alguns de seus funcionários para apoio. Em seguida, arrumamos os materiais necessários para a realização da ação de saúde.

Na maioria das viagens, as ações eram realizadas o dia inteiro, por esse motivo preferíamos levar os ingredientes para fazer o almoço da equipe no local. Nesta comunidade, a merendeira da escola ficou responsável por fazer o almoço naquele dia. Como de costume, trabalhamos até ao meio-dia e fizemos uma pausa para o almoço. Nos alimentamos, contamos algumas histórias, ganhamos algumas frutas dos comunitários, rimos de algumas situações adversas, brincamos, descansamos uns minutos e retornamos para a ação.

Seguindo nossas atividades, a próxima pessoa a realizar o teste rápido para detecção do Covid-19 era justamente a merendeira da escola que preparou nosso almoço. Após alguns minutos de espera, o enfermeiro responsável pela equipe teve um susto, chamando a equipe para informar que a merendeira estava positiva para o Covid-19. A equipe ficou apreensiva, pois apesar de muitos casos detectados no município, nenhum membro da equipe, até aquele momento, havia sido infectado. Todos pararam por um momento, um minuto de silêncio e reflexão.

Mas, logo seguimos com a ação. Desde aquele momento, todas as outras viagens realizadas pela equipe, a primeira pessoa a ser testada era a cozinheira. Esse foi um aprendizado para todo nosso trabalho enquanto vigilância, pois mesmo com todo o esforço e adequação da equipe com a nova situação de saúde enfrentada no período da pandemia, mostrou que a qualquer momento podemos ser surpreendidos com o “novo”. Mas também, com esforço e união de todos, incluindo a população, podemos superar e sobressair de qualquer adversidade que o momento possa nos proporcionar. Desta forma, hoje podemos dizer que aprendizados ficarão marcados em nossas vidas e, especialmente, para mim como profissional que estava na luta do dia a dia para realização de ações e serviços de saúde, ajudando da melhor forma ao próximo e, hoje, posso ter a certeza que apesar do momento, superamos obstáculos e tivemos experiências que levaremos para toda vida.

MEMÓRIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 NO CONTEXTO DO TRABALHO EM HOME OFFICE EM PARINTINS, AM

Daizes Caldeira Pimentel
Assessora Técnica da Secretaria de Saúde de Parintins

Em janeiro de 2020, o mundo todo estava atento a um novo vírus e uma doença que cotidianamente levava muitas pessoas a internação e a óbitos na China. Ninguém imaginava que o coronavírus (SARS-CoV-2) se tornaria uma pandemia, muito menos que levaria muitos rostos da nossa convivência.

No Brasil, os primeiros casos começaram a ser notificados e um alerta do Ministério da Saúde tomou conta das Secretarias de saúde. No Amazonas, de repente surgiu o primeiro paciente proveniente de Parintins, que foi a óbito pela doença. Um susto, junto com desespero para todos: gestores, profissionais de saúde e população.

Iniciaram as articulações e a busca por informações, tanto para compreender o que era a Covid-19, quanto para organizar o sistema de saúde com os mesmos recursos que se tinha na rede SUS municipal.

O MEDO COMEÇOU A FAZER PARTE DA NOSSA ROTINA...

Inicialmente a TV era a maior fonte de informações, e depois, a Internet. As redes sociais tornaram-se espaço de informação e desinformação ao mesmo tempo. Pânico que se estabeleceu com as notícias falsas (fake news) foi prejudicial para a orientação dos serviços de saúde à população.

Para agravar a situação, o governo Federal minimizava a gravidade da pandemia, fazendo com que houvesse duplo direcionamento para os gestores e profissionais de saúde. O Presidente da República Jair Bolsonaro tratava como uma "gripezinha" e o Ministro da Saúde Henrique Mandeta alertava para a gravidade da doença e as medidas que deveriam ser adotadas para a prevenção da doença.

A Fundação de Vigilância em Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde iniciou

os apoios institucionais aos municípios. Recebemos visitas técnicas, notas informativas, protocolos do Ministério da Saúde e mais conversas, propostas de ajuda e estrutura hospitalar. A doença avançava, de repente um rosto conhecido fazia parte do boletim diário de óbitos pela doença.

Em Parintins, a população foi orientada a ficar em casa. Barreiras sanitárias instaladas, transportes suspensos, ficamos ainda mais isolados...

As Unidades de saúde reduziram serviços e equipes de saúde da Atenção Primária foram integradas aos serviços hospitalares e de pronto atendimento. Mais uma Unidade de pronto atendimento foi instalada no Bumbódromo. Laboratórios abastecidos, Centro de Apoio psicossocial foi organizado para dar apoio às famílias, entre outros.

Na Secretaria Municipal de Saúde (Semsa), o trabalho intensificava, a equipe gestora empenhada em organizar um novo processo de trabalho. No entanto, sem interromper os atendimentos básicos na Atenção Primária como vacinação, pré-natal e atendimento aos hipertensos e diabéticos. A equipe da Vigilância em saúde buscou informações para treinar as equipes e fortalecer a vigilância em todos os serviços onde houvesse aglomeração de pessoas.

Os meios de comunicação foram fundamentais para orientar a população, o rádio tornou-se uma das principais fontes de informação entre Semsa e população.

Nesse momento de tensão e ao mesmo tempo cuidado com minha saúde, conversei com o Secretário Clerton Florêncio para que pudesse realizar minhas atividades em home office, uma vez que sou diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 2 e arritmia cardíaca desde 2018.

A partir do mês de abril de 2020, amparada por um Decreto Estadual e municipal que estabelecia que os grupos de profissionais que tivessem doenças crônicas deveriam se afastar das suas funções nas Instituições, tive que me afastar da Semsa. Porém, apesar de, estar amparada legalmente, eu não queria deixar de participar das atividades da gestão no enfrentamento à pandemia no meu município.

DO DESAFIO DA ROTINA DO TRABALHO NA SEMSA AO ISOLAMENTO EM CASA

Sou profissional de saúde há 20 anos, auxiliar de enfermagem, efetiva da Secretaria Estadual de Saúde, lotada no hospitalar Jofre Cohen. Neste momento, à disposição da Secretaria Municipal Saúde. Assistente administrativa efetiva há 17 anos e Assessora técnica na Secretaria de Saúde desde 2019. Nunca havia, mesmo no período de doença, me afastado tanto tempo do meu ambiente de trabalho.

Inicialmente quando fiquei em casa, foi um misto de me sentir protegida em casa, por outro lado, me afastar da linha de frente da Semsu, no momento que mais precisava do nosso apoio. Foi desafiador e triste.

Como profissional da enfermagem, lembro do desafio de cada colega ao enfrentar um plantão no hospital: o medo de ser contaminado ao atender cada paciente. O incômodo de usar um equipamento de proteção individual desconfortável, nunca utilizado antes, como o macacão impermeável, viseira e botas. A responsabilidade de dar assistência integral a um paciente que só queria respirar melhor ou minimizar suas dores, ou ainda, lidar com o medo de levar o vírus para contaminar sua família, talvez fosse o mais preocupante. Como jornalista, estava atenta aos discursos, às imagens, às notícias sobre nossos serviços, às entrevistas das autoridades, às queixas da população e ao medo que se imputava a cada notícia em todos os cantos do mundo. Tenho certeza de que a disciplina análise do discurso e telejornalismo nunca foram tão importantes como nesse momento, para mim.

Como Administradora e Assessora técnica, analisava as atitudes da gestão, dava opiniões, sugestões, acompanhava os grupos de trabalho. Lia incansavelmente cada nota técnica que o Ministério da Saúde ou a Fundação de Vigilância em Saúde lançavam sobre a doença. Acompanhava publicações de médicos infectologistas e demais profissionais da área para compreender a evolução da Covid-19.

Montei no meu apartamento um pequeno escritório para dar suporte ao Secretário e à equipe da gestão, caso fosse necessário. Fiquei elaborando documentos e auxiliando na parte administrativa da Secretaria. Diariamente recebia demandas por celular e o feedback era imediato.

Para mim era pouco. Venho de uma rotina de reuniões, visitas técnicas, viagens a trabalho, apoio aos coordenadores, discussões de estratégias e planejamento das ações da Semsu. De repente, estava sozinha, num apartamento acompanhado do meu cachorro José e um vírus potente agindo de forma rápida e mortal, lá fora.

ME SENTI LIMITADA, IMPOTENTE, SOZINHA E MUITAS VEZES TRISTE...

Tive necessidade de me adaptar, conhecer novas ferramentas, tirar do papel aquelas atividades que estavam só no planejamento há anos.

As redes sociais e os aplicativos nunca foram tão importantes na minha rotina. Uma rede de solidariedade se expandiu para me apoiar em casa: vizinhos, família, amigos, conhecidos que me mandaram dicas, mensagens de afeto e orações. Ouvi várias dicas e algumas coloquei em prática como: fazer alongamentos; cozinhar; cuidar de plantas; cuidar da minha dieta, essa era a parte

mais difícil. Porém, como paciente também não pude fazer meus exames e consulta de rotina.

Comecei a escrever a minha rotina, chamei de diário na pandemia. Comecei a descrever minhas emoções diárias, principalmente quando começava o toque de recolher às 15 horas. Moro na Avenida Amazonas e a todo momento ouvia a sirene da ambulância transportando pacientes, descendo para o hospital Jofre Cohen ou subindo para o aeroporto para remover, pelo aeromédico, a Manaus ou outro Estado.

Os casos positivos aumentando, os nomes conhecidos listados no boletim do Sistema de Informações de mortalidade – SIM e boletim diário da vigilância em saúde. As pessoas me ligavam e pediam ajuda para fazer testes, ter informações de familiares ou algum atendimento específico dentro do hospital, ou ainda para desmentir as notícias falsas. Eu não tinha como atender a todos, meu coração se fragilizava, cabeça doía, meu corpo cansava e eu orava a Deus para tudo passar logo, proteger nossa equipe e minha família.

A segunda *"alça"* da pandemia levou meus dois amigos: Tarcísio Layme (médico-cirurgião) e Daniel (Secretário de Saúde de Iranduba), e ainda meu tio Arki-bal, meu segundo pai. Nesse momento, fiquei sem forças até para fazer o que mais gosto, trabalhar. Fora todos os dias que eu prestava homenagens póstumas a um familiar de colegas de trabalho, conhecidos daqui e em todo país.

Foi um momento de fortalecimento da minha fé e de autoconhecimento. Me apoiiei nos amigos, colegas de trabalho e familiares que nunca me deixaram desamparada.

Como profissional com uma doença crônica, sair da pandemia viva, foi uma vitória. Poder ajudar algumas pessoas, mesmo na situação em que me encontrava, me deu a certeza de que podemos fazer a diferença em qualquer lugar, na vida das pessoas.

Foi necessário me adaptar e reconhecer que o trabalho em equipe é muito importante para vencer qualquer situação ou problema de saúde.

Foi um dia de cada vez, ora eu lutava para não pegar Covid-19, ora para não agravar, por conta da diabetes.

Figura 20. Respondendo as demandas da SEMSA.



Figura 21. Analisando as ações propostas da fisioterapia para Covid-19.



PERCEPÇÕES APÓS AS FASES CRÍTICAS DA PANDEMIA. O QUE APRENDI COM ISSO?

Um dia foi anunciado a primeira vacina contra covid-19. Que felicidade! Um sopro de esperança surgia na TV. Até chegar minha vez foram muitos dias de angústia.

Após passar as fases mais críticas da doença, no Município, pedi ao Secretário para voltar ao meu ambiente laboral. Não conseguia mais ficar sozinha. Fui recebida com muito carinho pela nossa equipe. Porém, o ambiente estava diferente, as máscaras ocultavam os sorrisos, a mente das nossas colegas tinha um esquecimento eventual, relatos de dor de cabeça, obesidade e ansiedade permeavam os discursos dos profissionais de saúde em diferentes serviços da rede de saúde.

Surgiu outro desafio para a gestão: como tratar as pessoas que apresentavam sequelas da doença após internação hospitalar?

Implantamos o Centro de tratamento pós-covid 19, na Policlínica Padre Vitório. Com atendimento de uma equipe de fisioterapia, nutrição, psicologia e enfermagem. A equipe ainda faz atendimento itinerante nas áreas de Macurany, Parananema e Aninga. Os pacientes foram identificados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e encaminhadas ao Centro. Os cuidados sanitários, as atividades do Comitê de enfrentamento da Covid-19, a estrutura hospitalar continuou funcionando como rotina.

Outro desafio foi alinhar a gestão da saúde com todas as responsabilidades inerentes a gestão e continuar atuando de forma a evitar novos casos da doença no município.

Reiniciamos os serviços paralisados, reestabelecemos as agendas com os coordenadores e com o Conselho de Saúde. Buscamos fortalecer as áreas técnicas para melhorar os indicadores de saúde.

Os dois anos de pandemia trouxeram prejuízo e aprendizado. Como prejuízo impactou no enfraquecimento e fragmentação dos serviços na Atenção Primária, como aprendizado, a equipe de saúde se qualificou em vários cursos, principalmente se especializou em UTI. Houve uma integração entre as equipes da APS e hospitalar. Quanto a infraestrutura, investimentos em equipamentos hospitalares, materiais permanentes, melhorias na reforma predial do hospital Jofre Cohen e adquirimos usinas de oxigênio. Mas o maior aprendizado foi pessoal, o quanto somos fortes quando temos apoio, empatia e responsabilidade com a vida.

Seguimos aprendendo e atentos a qualquer mudança na saúde pública. Contudo, mais experientes e corajosos, como verdadeiros guerreiros do SUS.

Figura 22. Retorno ao Setor de Planejamento da Semsa com utilização de EPI.

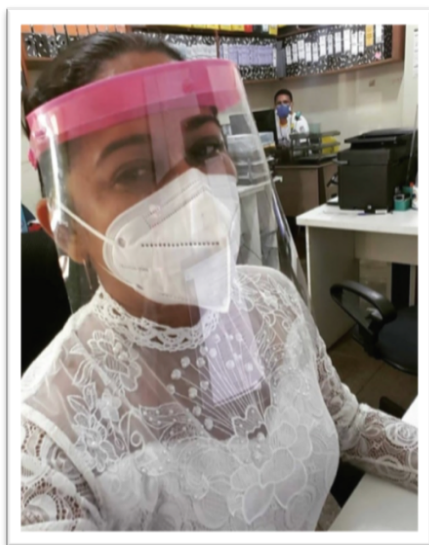


Figura 23. Reencontro com a equipe de trabalho na Semsa.



Figura 24: Reunião técnica com a equipe gestora para alinhamento das ações pós Covid-19.



AS VIVÊNCIAS, AFECÇÕES E REFLEXÕES NA PANDEMIA DE COVID-19 NUM LUGAR CHAMADO PARINTINS

Elaine Pires Soares
Coordenadora Vigilância em Saúde, Parintins

O EU...

Estou, desde 2017, atuando como Coordenadora Municipal de Vigilância em Saúde no município de Parintins, Amazonas. Bióloga de formação e concursada desde 2005 na Secretaria Municipal de Saúde.

A Vigilância em Saúde já tinha enfrentado outros surtos epidêmicos como dengue, sarampo e influenza, porém, nada comparado a Pandemia de Covid 19. Inclusive, no que tange ao sarampo, foi reintroduzido no Brasil, iniciando na Região Norte, pelo fenômeno migratório dos venezuelanos. Isto demonstrou a necessidade da Vigilância em Saúde estar sempre alerta, pois havia a percepção de que o sarampo estava controlado no Brasil.

No início de tudo, com a pandemia batendo na nossa porta, participei com o Secretario de Saúde, representando o município na construção do Plano de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus (Covid 19) no estado do Amazonas, juntamente com a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado (FVS), ANVISA e SEMSA Manaus. Ainda participei da Capacitação dos Protocolos do Coronavírus (Covid 19) para a Vigilância Epidemiológica e Núcleo Resposta Rápida, Vigilância Sanitária (Porto e Aeroporto), Monitoramento e Investigação de casos, Vigilância Laboratorial (Coleta e diagnóstico).

Desta forma, ao retornar para o município, em conjunto com o Secretario Municipal de Saúde, Equipe Técnica de Assessoria da SEMSA, a Coordenadora da Atenção Básica, Equipe Técnica da Vigilância em Saúde e Equipe da Rede Hospitalar iniciei o processo de reorganização da Rede do Sistema de Saúde. As ações de enfrentamento a pandemia foram logo implementadas como a construção do plano de contingência, que pressupunha decisões de suma

importância: lockdown, toque de recolher, uso obrigatório de máscaras, restrições de horários de funcionamento do comércio local, bares, restaurantes e similares, suspensão de eventos públicos e privados, barreiras sanitárias portuárias e aeroportuárias, suspensão das atividades escolares da rede pública municipal e privada, implantação de isolamento, monitoramento e busca ativa de casos. Outras medidas complementares de enfrentamento a pandemia também foram oficializadas em decretos.

Atuei também em capacitações para servidores da Vigilância em Saúde, da Atenção Primária em Saúde, Assistência Hospitalar, Rede Laboratorial, reuniões técnicas, implantação do Comitê de enfrentamento (fazendo parte como membro). Foram discutidos os protocolos, fluxogramas, apresentações para avaliação do cenário epidemiológico para o colegiado do Comitê, cujas decisões eram pautadas nas informações epidemiológicas.

Foi implantado o painel de monitoramento do novo Coronavírus, a Sala de Situação de Vigilância em Saúde e foi elaborado para divulgação o Boletim epidemiológico diário. Do mesmo modo, participei de entrevistas em rádios, TV e jornais para as orientações e informações pertinentes sobre a pandemia para população.

Com o advento da vacina contra Covid-19, segui com a atuação conjunta com a equipe do Programa Municipal de Imunização na elaboração do Plano Municipal de Vacinação contra Covid-19. Foram elaboradas estratégias e ações, capacitação das equipes de vacinadores e registradores. Também foram organizadas as salas de vacina e divulgadas as informações do vacinômetro. Enfim, participar da gestão da vigilância nesse momento foi um tremendo desafio porque foi necessário tomar decisões, em conjunto com outras pessoas e órgãos, que impactou na vida da população.

A partir do primeiro caso, minha vida não seria a mesma! Tive que participar da primeira de muitas “*Coletivas de Imprensa*” para informar e orientar a população sobre o cenário epidemiológico.

Dias árduos de muito trabalho, celular 24 horas por dia acionado, decretos com restrições e medidas de prevenção seguem sendo emitidos, reuniões do Comitê de Enfrentamento são realizadas para avaliar o cenário epidemiológico.

A minha face que sempre teve um sorriso, sorrisão, até então, apresentava-se carrancuda, preocupada... Eu tinha que cuidar de muitos, de todos, da coletividade, chegava a esquecer da minha família...

A Central de Resgate é implantada com três ambulâncias disponíveis, e o som das sirenes, ecoam o desespero e a morte de amigos, familiares, conhecidos e os não conhecidos também, assolam nossa cidade.

O desemprego, a vulnerabilidade das famílias, o contraste em ter que sair para trabalhar e ficar em home office, o isolamento, distanciamento social, uso obrigatório de máscaras (algumas pessoas não tinham condições de comprar) o déficit educacional, profissionais de saúde esgotados e exaustos se misturam ao cenário caótico.

Em janeiro de 2021, enfim, chega ao município de Parintins o primeiro repasse de vacinas contra Covid 19, 1.046 doses de vacina coronavac, destinadas a primeira dose de 34% dos profissionais de saúde e 100% dos indígenas. Foi um dia de muita emoção e alegria, êxtase, afinal seria a *“luz no fim do tunel”* para frear a pandemia.

Em conjunto com Secretário de Saúde, Gerente do PNI, organizei o local para aplicação das doses, de acordo com a relação dos profissionais de saúde foram distribuídas para a categoria de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outras, *“linha de frente”* da pandemia. Para conhecimento o quantitativo de trabalhadores da saúde é estimado em 3.800 profissionais.

É óbvio, as vacinas não contemplaram todos os profissionais, o que causou descontentamento, confusão, e agressão verbal aos vacinadores e a equipe da Vigilância em Saúde /PNI, assim como, para complicar mais o cenário, ocorreu a situação de um *“fura fila”*, (posteriormente comprovado que não). Porém, este fato tomou proporção exacerbada no município em todas as mídias sociais, rádios e TV locais, expondo minha pessoa como conivente do fato, em seguida meus filhos e esposo também foram expostos, com fake news que referenciavam todos os membros da minha família haviam sido vacinados (lembranças tristes).

Ocorreu julgamento e acusações e foi bastante complicado, ter que trabalhar exaustivamente e responder a documentos oficiais dos órgãos de controle, participar de webconferências explicando a situação e reunião com o Conselho Municipal de Saúde, que ao invés de averiguar a situação, utilizando metáfora, deliberou entre seus pares veredito culpada. Ressalto que a situação foi resolvida e amplamente divulgada e não caracterizou como *“fura fila”*.

Mas, perpassado e superado essa situação, continuei o enfretamento, desta vez, com a Campanha de Vacinação contra Covid na zona urbana, a princípio, e, em seguida, com a disponibilidade de 10 ambulanchas, a dose da esperança chegou à zona rural.

Novas remessas de imunobiológico foram encaminhadas, as coberturas preconizadas foram sendo alcançadas e o município conseguiu suprimir a pandemia.

Adotamos Programa de Radio todos os sábados e nos dias da semana de



SOBRE AUTORES E AUTORAS

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt

Graduado em Ciências Sociais (UFAM), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM), Doutorado em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador e chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia. Coordenador do Mestrado Profissional Saúde da Família – PROFSAÚDE/ILMD e do Mestrado Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Graduado em Medicina (1996) e Doutorado em Educação (2002) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor associado na UFRGS. Professor permanente nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFSM). Professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e pesquisador sênior do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia (ILMD/FAPEAM). Coordenador nacional da Associação Rede Unida e editor da Editora Rede Unida. Atuação: ensino das profissões da saúde; educação permanente em saúde; modelagens tecnoassistenciais em saúde; trabalho em saúde; participação social em saúde e políticas públicas; saúde coletiva. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Sônia Maria Lemos

Graduação em Psicologia (UPF). Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora Adjunta e pesquisadora da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Professora do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC/UEA). Professora do Mestrado Profissional Saúde da Família – PROFSAÚDE/UEA. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia. Bolsista FAPEAM. E-mail: slemos@uea.edu.br

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazônia. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisadora

do LAHPSA/Fiocruz Amazonia. E-mail: thalita.neves@pmm.am.gov.br

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Graduação em Enfermagem. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, PPGCASA/UFAM. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: izicaterini@outlook.com

Ana Elizabeth Sousa Reis

Graduada em Psicologia. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e Saúde Mental, álcool e drogas. Especialista em Reabilitação em Doenças Neurológicas- UFAM. Mestre em Saúde Pública- Instituição Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: anareis85@hotmail.com

AUTORES E AUTORAS

Amanda Gabriella Oliveira Tundis

Graduada em Psicologia (Uninorte), Especialista em Psicologia Jurídica (Uninorte); Mestre em Psicologia Clínica (Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos); Doutoranda em Psicologia (Universidade Federal do Pará - UFPA). Atua como Psicóloga na Universidade Federal do Amazonas, lotada na Unidade SIASS. Bolsista de Doutorado pela FAPEAM - Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas. E-mail: amandatundis@ufam.edu.br

Alexandre de Souza Ramos-Florêncio

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2004), Residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Sergipe (2006) e Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (2011). Ocupou o posto de Assessor de Sistemas e Serviços de Saúde OPS/OMS na Nicarágua. Assessor, Sistemas e Serviços de Saúde – OPS/OMS na Guatemala.

Bianca da Silva Mar

Graduando em Psicologia, 7º período, Universidade Nilton Lins. Aluna do Programa Institucional Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: bianca.dasilvamar@gmail.com

Bruno de Souza Lourenço

Graduado em medicina (UASS), Especialista em Urgência e Emergência (FIESP); docência do ensino superior (FIESP); ultrassonografia (UNYLEYA). Coordenador pedagógico dos cursos da área da saúde na universidade FATBRASIL. Email: bruno.brturbo.1@gmail.com

Camilla Maria Nery Baracho de França

Mestranda em Saúde da Família - ILDM/Fiocruz Amazônia. Cirurgiã-dentista da atenção básica do município de Presidente Figueiredo - AM. E-mail: camillafranca.odo@hotmail.com

Carlos Gabriel de Souza Soares

Graduando em Medicina - UEA/ESA. E-mail: cssoaresg@gmail.com

Cristiane Ferreira da Silva

Graduada em enfermagem, especialista em saúde pública com enfoque em saúde indígena/Ufam, Sisvan/ Fiocruz, gestão em saúde/Unifesp. Especialização em vigilância em saúde na rede de atenção primária pela Fiocruz em andamento. Mestranda PPGVIDA- ILMD FIOCRUZ/Amazônia. Responsável Técnica em Saúde da Mulher DSEI ARS. E-mail: crisenf2001@yahoo.com.br/ cristiane.silva@saude.gov.br

Daízes Caldeira Pimentel

Graduada em comunicação social e formanda em Administração pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em planejamento e orçamento em saúde. Esp. micropolítica de gestão e do trabalho em saúde. Esp. Em preceptores do SUS. Assessora técnica da Secretaria municipal de saúde de Parintins. E-mail: daizes_cp@hotmail.com

Diana Andreza Rebouças Almeida

Graduada em Serviço Social. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. E-mail: dianandreza@gmail.com

Elaine Pires Soares

Graduada em Biologia, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais da Amazônia. Coordenadora da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: sarkiselaine_love@hotmail.com

Fabiana Mânica Martins

Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões/Campus Frederico Westphalen/RS. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - UFAM/ ILMD-FIOCRUZ. Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, UFAM. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas - UFAM e Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/ILMD – Fiocruz Amazônia.

E-mail: fabianamanica.m@gmail.com

Fabiane Vinente dos Santos

Doutora em Antropologia Social (Unicamp) e Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Técnica em Saúde Pública e pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/ILMD – Fiocruz Amazônia. Docente no Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Desenvolve trabalhos nas áreas de Sistemas de conhecimento ameríndios, Saúde e Migração, Políticas Públicas de saúde, Gênero, Saúde indígena, Etnologia indígena e Militarização de terras indígenas. E-mail: vinente@gmail.com

Gabriel Romero

Graduando de Medicina na Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: gr.med19@uea.edu.br

Giovanna Moreira Leal Fernandes

Graduanda de Medicina da Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO. E-mail: lahpsa.ilmd@fiocruz.br

Janayla Bruna Almeida de Oliveira

Graduada em Nutrição, pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Saúde Indígena (Unifesp). Especialista em Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas pela Instituição Leônidas e Maria Deane-Fiocruz Amazônia. Especialista em Nutrição Materno Infantil e Nutrição Clínica/FAMEESP. Mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, pela Instituição Leônidas e Maria Deane- Fiocruz Amazônia. Responsável Técnica pela Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena no DSEI Alto Rio Solimões. e-mail: janayla_oliveira@hotmail.com

Jackeline Cristina Duque Ocampo

Psicóloga graduada da Fundação Universitária Konrad Lorenz, Diplomada em Novas Tendências de Talento Humano, Mestranda PPGVIDA- ILMD/Fiocruz Amazônia. Lidera o Sistema de Responsabilidade Penal de Jovens e Adolescentes em Leticia Colombiana de Bem-estar Familiar. E-mail: jacky0421@gmail.com.

João Lucas da Silva Ramos

Psicólogo, atua na Atenção Básica do Município de Iranduba/AM (SEMSA Iranduba), Apoiador da Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial de Iranduba/AM (RAPS/SEMSA), Representante Norte no Fórum de Direitos Humanos da Associação Rede Unida, Colaborador em Pesquisa no LAHPSA/ILMD Fiocruz Amazônia, Apoiador Local para a Pesquisa em Iranduba/AM. E-mail: jlucasnilo@gmail.com

Joana Maria Borges de Freitas

Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas pela Universidade Nilton Lins. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazônia. Colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com

Josafá Vieira dos Santos

Graduação Tecnólogo em Gestão Ambiental-UEA. Pós-Graduação em Educação em Tecnologia Digital Aplicada à Saúde (Universidade do Estado do Amazonas-UEA). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. E-mail: josafa488.js@gmail.com

Katia Lima de Menezes

Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (1989). É Tecnologista e pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/ILMD – Fiocruz Amazônia. E-mail: katia.lima@fiocruz.br

Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt

Graduada em Agronomia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1990) e em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2001). Doutora em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2010). Docente Associada do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: katiahelena@ufam.edu.br

Klaus Estivens Lima Salazar

Graduado em Biologia, com Ênfase Fundamental em vigilância epidemiológica de campo pelo MS, especialização em vigilância em saúde na rede de atenção primária pela Fiocruz em andamento, e Coordenador de Vigilância Epidemiológica de Tabatinga, Amazonas

Luene Silva Costa Fernandes

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD- FIOCRUZ Amazônia).

Mestranda em Saúde da Família- PROFSAÚDE - ILDM/Fiocruz Amazônia. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: luene21costa@gmail.com

Lupuna Corrêa de Souza

Graduada em Geografia (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Mestrado em Geografia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM. Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Cartografia Social e Política na Amazônia da Universidade Estadual do Maranhão. Bolsista pela Fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas (FAPEAM). E-mail: lupunasouza6@gmail.com

Manuel Barbosa de Lima

Graduado em Ciências Políticas, Pedagogia e Serviço Social, especialista em Saúde Pública e Gestão Pública. Atualmente é vereador licenciado do município de Boca do Acre e exerce a função de Secretário Municipal de Saúde além de ser vice-presidente do COSEMS. E-mail: pacobkx@hotmail.com

Márcia dos Santos Saraiva

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA, especialista em Saúde e Segurança do Trabalho. Atualmente é coordenadora do Programa Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Boca do Acre. E-mail: marcia.saraiva10@hotmail.com

Maria Adriana Moreira

Graduada em Enfermagem. Especialista em Gestão e Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde. Atua como Secretária Municipal de Saúde de Manicoré, AM. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional Saúde da Família – PROFSAÚDE/ILMD. Secretária da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Manicoré desde janeiro/2021. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com

Maria Augusta Nicoli

Médica psiquiatra, doutora em psicologia social, coordenadora da área de inovação social do governo regional da Emilia Romagna até 2021 e atualmente servidora pública aposentada, vice-coordenadora da Associação Rede Unida, apoiadora pedagógica para os cursos da saúde da Universidade de Parma. E-mail: anicoli@regione.emilia.romagna.it

Mariana Moreira Tenório de Holanda

Graduanda em Medicina. Bolsista da Fundação de Apoio à Pesquisa no

Estado do Amazonas- FAPEAM. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e mestrado em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Medicina pelo programa de Clínica Médica da UFRJ. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC. Foi Diretor-Geral do INCA - Instituto Nacional do Câncer em 2015. Coordenador da Área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde do IESC/UFRJ. Membro do Conselho Deliberativo da ABRASCO, triênio 2021-2024. E-mail: pauloexm@gmail.com

Raimundo Maia

Graduado em Licenciatura Plena em Letras pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), além do Curso Técnico de Enfermagem pelo Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM). Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Carauari há mais de 20 anos, com experiência aos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS). Atualmente exerce a função de Assessor de Planejamento em Saúde, com atividades voltadas aos Instrumentos de Planejamento do SUS, bem como de outras atividades relativas às especificidades do SUS no âmbito municipal

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Graduação em odontologia. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Rosângela Maria Barbosa de Melo

Terapeuta Ocupacional, Servidora Efetiva da SES-AM, tendo atuado na Coordenação Estadual de Saúde Mental na implantação de CAPS nos municípios, Especialista em Saúde Mental (ILMD/Fiocruz Amazônia), Educadora Popular em Saúde, Militante pelo SUS e da Luta Antimanicomial, Atua como Coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial de Iranduba/AM (RAPS/SEMSA), melior0429@gmail.com

Sonaira Serrão Castro Ribeiro

Graduação em odontologia pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no Sus (HSL). Especialização em Tecnologias Educacionais para a Docência de Educação Profissional e Tecnológica (UEA). Mestranda no curso de Mestrado Profissional

em Saúde da Família PROFSAÚDE - ILDM/Fiocruz Amazônia. Coordenadora de Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Parintins. Analista de Tutoria da APS no Projeto PlanificaSus (HIAE). E-mail: sonna_castro@yahoo.com.br

Viviane Lima Verçosa

Graduação em psicologia, Pós-graduação em Psicopedagogia, Pós-graduação em Saúde Indígena. Mestranda no PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia. Consultora em Primeira Infância Ribeira na Fundação Amazônia Sustentável - FAS. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: vivianeversosa@hotmail.com

Vanessa Ramos Cardoso

Psicóloga, Especialista em Gestão de Pessoas, Colaboradora em Pesquisa no LAHPSA/ILMD Fiocruz Amazônia, Apoio Técnico. vanessapsicologa09@gmail.com

Viviane Lima Verçosa

Graduação em psicologia - Universidade Paulista (Manaus); Psicopedagoga; e Especialista em Saúde Indígena. Mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA/ Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/ Fiocruz Amazonas. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail: vivianeversosa@hotmail.com

William Pereira Santos

Biólogo. Citologista. Especialista em Citologia Clínica. Citotécnico pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, RJ) em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7858-8671>

e-livr@

SUSTENTABILIDADE
editora **redeunida**

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 parcerias 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](#) 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](#).



editora.redeunida.org.br

A pandemia deixou marcas profundas na vida das pessoas, dos trabalhadores e gestores da saúde, dando um outro sentido para as suas vidas. O presente livro conta algumas dessas histórias e apresenta alguns resultados de pesquisa, mas o mais importante a dizer é que vimos esperanças nas falas dos usuários e trabalhadores, sem esquecer das palavras de dor e sofrimento. O aprendizado dessa produção coletiva e participativa é saber das nossas limitações para ver o mundo, mas não nos faltou afeto e cuidado solidário. Por fim, nos sentimos acolhidos pela Mãe D'Água, retratada na capa, uma obra do artista Rai Campo, para nos amparar e cuidar para uma vida plena de todas as pessoas. A arte mostra as mãos de uma indígena do município de São Gabriel da Cachoeira para nos ensinar que os saberes ancestrais que ajudarão a segurar os céus e produzir uma boa relação com as várias gentes e entes que habitam o mundo. Por fim, esperamos por novos mundos e novas formas de vida para uma outra humanidade.

Boa Leitura!



ISBN: 978-65-5462-023-9

