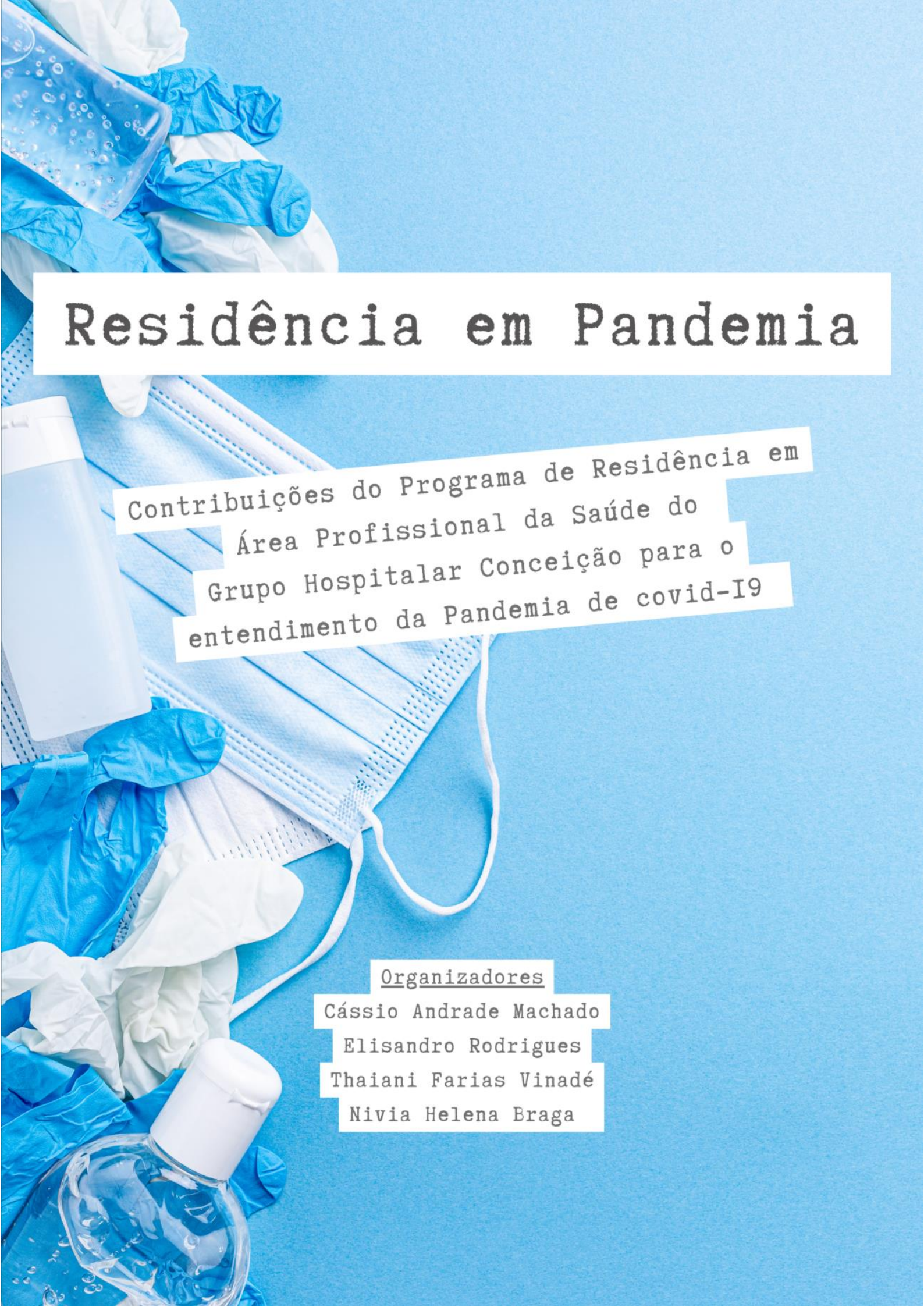




Residência em Pandemia

Contribuições do Programa de Residência em
Área Profissional da Saúde do
Grupo Hospitalar Conceição para o
entendimento da Pandemia de covid-19

Organizadores

Cássio Andrade Machado

Elisandro Rodrigues

Thaiani Farias Vinadé

Nivia Helena Braga

Grupo Hospitalar Conceição
Gerência de Ensino e Pesquisa

Residência em Pandemia

Contribuições do Programa de Residência em Área
Profissional da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição para
o entendimento da Pandemia de covid-19

Organizadores:

Cássio Andrade Machado
Elisandro Rodrigues
Thaiani Farias Vinadé
Nivia Helena Braga

Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A

2024

@2024 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Direitos desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:
Gilberto Barichello

Diretor Administrativo e Financeiro:
João Constantino Pavani Motta

Diretor de Atenção à Saúde:
Luís Antônio Benvegnú

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação:
Quelen Tanize Alves da Silva

Gerência de Ensino e Pesquisa
Edenilson Bomfim da Silva

G892r Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa
Residência em pandemia: contribuições do Programa de Residência
em Área Profissional da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição para o
entendimento da Pandemia de Covid-19 / organização de Cássio Andrade
Machado, Elisandro Rodrigues, Thaiani Farias Vinadé, Nivia Helena
Braga. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2024.
301 p.: 21cm.

ISBN 978-65-00-88271-1

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2. Sistema Único de
Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Covid-19. 5. Pandemia. I. Machado, Cássio
Andrade, Org. II. Rodrigues, Elisandro, Org. III., Vinadé, Thaiani Farias,
Org. IV. Braga, Nivia Helena, Org.. V. Título.

CDU 614(81):378.24

Catálogo elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.
Revisão elaborada por Solange Mittmann e colaboradores (UFRGS).

Porto Alegre, 2024

Sumário

Sobre reinvenções

Thaiani Farias Vinadé.....7

Incorporação de novas tecnologias nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica: motivadas pela pandemia da covid-19

Camila Ballen, Rosa Maria Levandovski.....11

“Ficar em que casa?” Narrativas sobre desigualdades sociais em saúde e a pandemia da covid-19

Joana Simões Pires Rizzo Campos, Maria Marta Orofino.....31

Importância do trabalho da equipe Nasf-AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos usuários de uma US do Serviço de Saúde Comunitária – SSC/GHC

Jones Deivis Carvalho Heidmann; Leni Padilha.....49

As novas roupagens da educação em saúde nos serviços de saúde comunitária a partir da pandemia da covid-19

Luiza Barreto Eidt, Lúcia Rublescki Silveira, Camila Guedes Henn.....81

Na travessia da pandemia de covid-19: sobre a experiência do fazer em saúde mental em três Centros de Atenção Psicossocial

Manoela Guimarães Gomes.....115

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva com diagnóstico de infecção pela covid-19 em hospital terciário no Sul do Brasil

Mariana Brondani de Mello, Fabiana de Oliveira Chaise.....151

Rastros do “novo normal”: uma cartografia do viver a pandemia

Melina Feistler, Elisandro Rodrigues.....171

Adequação nutricional nos primeiros dez dias de internação de pacientes com covid-19 não prediz longa permanência e mortalidade em Unidade de Terapia Intensiva

Nicole Schneider, Danieli Santer, Yasmim Sena Silva de Carvalho, Renata Vieira, Flávia Moraes, Débora Luiza Franken, Jaqueline da Silva Fink.....181

ICU Mobility Scale como preditor de mortalidade hospitalar em pacientes com diagnóstico de coronavírus (covid-19), submetidos à ventilação mecânica invasiva na Unidade de Terapia Intensiva

Daiane Barbosa Gonçalves Piazero, Alessandra Preisig Werlang, Michelle Carneiro Teixeira.....193

Comparação dos indicadores de condições crônicas de saúde antes e durante a pandemia da covid-19 em cinco unidades de Atenção Primária à Saúde

Franciela Delazeri Carlotto, Sandra Rejane Soares Ferreira.....207

Saúde bucal na Atenção Primária em tempos de covid-19: percepção do usuário sobre o cuidado recebido em duas unidades de saúde

Nicole Costa de Goes, Caren Bavaresco229

A integralidade em um contexto da pandemia da COVID-19, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde: desafios e possibilidades.

Luiza Guzinski da Silva, Fernanda Miranda Seixas Einloft, Camila Guedes Henn.....245

Das coisas que vemos, ouvimos e aprendemos

Elisandro Rodrigues.....261

Sobre reinvenções

Thaiani Farias Vinadé

Fazer formação no e para SUS em meio a uma pandemia foi absolutamente desafiador. Os encontros, tão potentes e criadores de novidades, deram lugar ao isolamento e ao medo. Hoje, passados quase quatro anos desde o início da pandemia, desenvolvemos uma relação muito peculiar com ela. Por um lado, há a sensação de que foi “ontem”, de que mal pudemos nos livrar do uso constante de máscaras e do receio de aglomerar. Ao mesmo tempo, há uma sensação de que a pandemia aconteceu há muito tempo, de que toda aquela loucura vivida está tão distante de todos e, por isso, nem merece mais muito da nossa atenção. Ficaram pra trás o medo, as tristezas e o convívio com discursos necropolíticos.

Apesar disso, a pandemia ainda reverbera em cada um de nós, em nós todos juntos e, por óbvio, no cuidado à saúde. Deixou-nos cicatrizes simbólicas que marcam nossas peles — superfície de contato, logo ela, tão impossibilitada — para todo sempre. O medo, a ansiedade e as perdas revelaram o que muitos de nós, no campo da saúde mental, já sabíamos, mas tínhamos muita dificuldade de aceitar coletivamente: os processos de saúde mental precisam ser transversalizados no cuidado à saúde. Pensar a saúde integrando as questões emocionais é urgente. Não dá mais pra fazer de conta que não somos esse todo e que os diferentes aspectos de nossas vidas não se influenciam mutuamente.

A pandemia também escancarou as desigualdades sociais, afetando as populações de forma absolutamente desigual. A perda de renda de diversas famílias, a falta das escolas na vida das crianças e jovens e o aumento da violência doméstica foram alguns dos estragos que evidenciaram vulnerabilidade social de populações. Sabemos, hoje, que o vírus atacou de formas diferentes pessoas em situação de rua, indivíduos com transtorno mental, com deficiência, pessoas vivendo com HIV/Aids, população LGBTQIA+, moradores de favelas e periferias, população indígena, quilombola, negra, ribeirinha, carcerária, migrantes, refugiados e apátridas, além de trabalhadores informais, crianças e adolescentes. Mais do que nunca, reafirmam-se a importância da equidade no cuidado à saúde e o papel central dos determinantes sociais da saúde.

Em resposta, os serviços de saúde foram obrigados a repensar seus fluxos, inventar alternativas e buscar novos espaços e tempos para o cuidado das diversas populações. Nos hospitais, a pressão nas emergências e UTIs. Nas Unidades de Saúde, a necessidade de repensar a inserção nos territórios. Em todos os serviços, uma certeza ficava: o trabalho em equipe multiprofissional — quiçá interprofissional — se mostrou a estratégia mais potente e imprescindível na batalha da pandemia: como diz o Emicida, “tudo que nós tem é nós” (Principia, 2019). Os desafios só podem ser superados na coletividade, pois é nela que se encontra a potência coletiva da invenção.

E foi da coletividade que nasceu o Sistema Único de Saúde, o SUS, o maior sistema de saúde pública do mundo. Conquistado pelo conjunto da sociedade brasileira em 1990, o SUS precisou ser reafirmado e defendido durante o surgimento da pandemia do Coronavírus. Ele precisou vencer as *fake news* que multiplicaram, via aplicativos de celulares, narrativas de que a vacina nos transformaria em jacarés ou que, através dela, seriam implantados chips nos cidadãos brasileiros. O SUS precisou vencer discursos políticos que tinham mais interesse na promoção pessoal do que na vida dos brasileiros, investindo em políticas que apostaram em medicamentos caros e ineficazes, mas que fizeram a alegria da indústria farmacêutica. E ele superou! Mostrou que é mais forte do que muitos pensavam e que, apesar das dificuldades e do tanto que — sabemos — ainda temos para construir, ele é o caminho para uma saúde universal, equânime e integral.

É nessa aposta, de um SUS 100% público, que a formação em serviço acontece. É na certeza de que precisamos cada vez mais de profissionais afinados com o cuidado ético, humanizado e de qualidade para todos, que construímos uma formação que prepara os trabalhadores para as necessárias reinvenções do SUS. Sim, porque ele não se pretende pronto, acabado. Ao contrário, por ser múltiplo e democrático, está em constante construção e reinvenção, acolhendo os desafios que surgem, dos mais cotidianos aos pandêmicos.

Este livro reúne 12 trabalhos elaborados pelos residentes da Residência em Área Profissional da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, que comemora 20 anos em 2024, já tendo formado mais de mil especialistas para o SUS. É com muito orgulho que compartilhamos a produção de residentes e orientadores que, imersos nos desafios impostos pela pandemia, tiveram coragem e força de fazer ciência, sistematizando conhecimentos importantes para o cuidado em saúde de nossas populações. Trata-se de uma produção de conhecimento absolutamente em diálogo com a vida real, vivida em cada serviço de saúde, com cada cidadão atendido. Uma produção científica a partir do SUS e para o SUS.

Esperamos que este livro inspire tantas outras reinvenções, mantendo o sistema de saúde em movimento e atendendo às necessidades de cuidado das populações. Esperamos que trabalhadores e trabalhadoras do SUS lembrem sempre da potência dos encontros, mesmo quando eles ficam impossibilitados presencialmente. Porque é só no encontro com o outro que a vida acontece. É com muito orgulho que organizamos este livro, entendendo-nos incompletos, mas sempre artistas da vida dispostos a acolher a incompletude e a criar potência de vida.

Retrato do Artista quando Coisa
(Manoel de Barros)

A maior riqueza
do homem é sua incompletude.

Nesse ponto
sou abastado.

Palavras que me aceitam
como sou — eu não aceito.

Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.

Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.

Eu penso
renovar o homem
usando borboletas.

Incorporação de novas tecnologias nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica: motivadas pela pandemia da covid-19

Camila Ballen, Rosa Maria Levandovski

Resumo

O presente Memorial Descritivo apresenta informações sobre as estratégias e a elaboração de tecnologias em saúde que foram incorporadas na prática dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica. A criação de ferramentas tecnológicas emergiu de problematizações observadas durante a pandemia da covid-19, em um dispensário de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. As estratégias foram elaboradas a partir das observações feitas durante a prática profissional da residente e aplicadas durante o acompanhamento farmacêutico de usuários da Clínica Ampliada e Assistência Farmacêutica. Constam neste memorial a metodologia, os materiais e as estratégias utilizadas, além das reflexões desenvolvidas durante o processo de criação. Foi observada, durante a utilização dessas tecnologias, a qualificação dos serviços farmacêuticos, com a diminuição dos extravios e das perdas de receituários e com a melhor identificação dos documentos dos usuários. Além disso, observou-se maior adesão medicamentosa de usuários em condições crônicas, a partir de orientações recebidas no ambulatório farmacêutico, quanto à promoção do autocuidado e às mudanças de hábitos necessárias diante do atual cenário pandêmico. A adaptação e a incorporação dessas tecnologias nos serviços farmacêuticos podem ser úteis como instrumentos organizativos, de identificação, guarda e educação em saúde de usuários crônicos e polimedicamentosos nos Serviços Farmacêuticos da Atenção Básica.

Palavras-chave: tecnologias em saúde; Atenção Básica; serviços farmacêuticos; pandemia; covid-19.

Introdução

A exigência de novas competências, como a incorporação de novas tecnologias em saúde mencionadas neste trabalho no âmbito da assistência farmacêutica, torna-se possível quando o farmacêutico é um provedor de cuidados em saúde, tendo em vista o contexto de cuidado multidisciplinar em que este profissional está inserido (Costa, 2015).

As farmácias, por sua expansão e distribuição geográfica, e o farmacêutico, por sua competência e disponibilidade, representam constantemente a primeira possibilidade de acesso ao cuidado em saúde (Melo, 2016). Diante da pandemia do novo coronavírus, a atuação desta força de trabalho deve ter suas ações organizadas e pactuadas a fim de colaborar com o restante do sistema de saúde.

O novo coronavírus (covid-19) foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Caracteriza-se como uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-COV-2 (OPAS, 2020). Contudo, a declaração de surto da doença foi apresentada pela Organização Mundial da Saúde somente no final de janeiro de 2020, caracterizando-a como uma emergência de saúde pública a nível internacional. Em 11 de março de 2020 a OMS

classificou a covid-19 como pandemia (OPAS, 2020) e a sua transmissão comunitária foi reconhecida pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020 em todo o território nacional (Brasil, 2020).

Estudos demonstram que o novo coronavírus pode sobreviver por até 72 horas em materiais plásticos, 48 horas em aço inoxidável, 4 horas em cobre e 24 horas em papelão (Suman et al., 2020). Realizando uma desinfecção com hipoclorito de sódio a 0,1% ou etanol de 62% a 71%, é possível obter uma redução satisfatória da capacidade do vírus de causar infecção (Kampf, 2020). Nesse sentido, é recomendado limpar as superfícies diariamente e evitar o compartilhamento de objetos de uso pessoal, uma vez que o vírus pode permanecer em superfícies que são bastante utilizadas no dia a dia pela população.

Diante desse novo cenário pandêmico surgiram algumas adaptações nos processos de trabalhos, inclusive nos serviços farmacêuticos, dentre as quais pode-se citar a publicação da Portaria 258 em 16 de março de 2020, que estabeleceu uma nova validade para receitas de uso contínuo de pacientes com doenças crônicas. Em vez de 180 dias, as receitas passaram a ter validade de 360 dias, sendo preconizado que as renovações de receitas sejam feitas por farmacêuticos, através da ampliação do prazo de validade no sistema de dispensação. Essa medida contribuiu para que os pacientes circulassem menos pelos pontos de atenção à saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2020).

Outras “flexibilizações” foram realizadas em determinações já estabelecidas na Portaria 1160/2018, que normatiza a conduta dos serviços prestados pelas farmácias dos Serviços de Saúde para o município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Após a declaração de transmissão comunitária, considerando a escassez de informações acerca das formas de transmissão, através de superfícies, documentos e papéis, do novo coronavírus, foi suspensa a necessidade de retenção de receituários para medicamentos de uso contínuo e foi dispensado o uso do carimbo de fornecimento, evitando o contato direto com documentos e papéis, como forma de inibir a transmissão do vírus.

Visando à continuidade do cuidado no âmbito da Assistência Farmacêutica, o histórico do paciente deverá ser acompanhado no sistema de dispensação pelo farmacêutico. A proposta apresentada serve para dar mais agilidade ao atendimento da Atenção Primária, com a disponibilização de mais consultas médicas à população. As quantidades dispensadas mensalmente nas farmácias permanecem as mesmas: para medicamentos de uso contínuo, serão entregues quantidades suficientes para 30 dias de tratamento. A Portaria 258 de 2020 é válida para receitas emitidas antes ou depois da publicação. Segundo a área de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, as quantidades de medicamentos de uso contínuo permanecem as mesmas, para que seja possível manter o estoque em quantidade suficiente para atender a necessidade da população (Secretaria Municipal de Saúde de Porto

Alegre, 2020).

Sendo assim, observou-se que tais mudanças no sistema de dispensação durante a pandemia ocasionaram alguns impactos importantes no dia a dia dos serviços farmacêuticos, como receitas em péssimo estado de conservação, rasgadas e/ou sujas devido à reutilização por um período prolongado (360 dias), conforme exemplificado em material suplementar. Além disso, verificou-se que grande parte dos usuários que são atendidos na Unidade de Saúde não apresenta sequer um documento de identificação, prejudicando o bom funcionamento do serviço e resultando no aumento de tempo nesses atendimentos. Outro fator considerado foi a perda de receituários e demais documentos. Isso requer a disponibilidade de um profissional para realizar a prescrição de uma nova receita, com intuito de preservar o tratamento contínuo, sem interrupções.

Pensando nisso, existem algumas atividades que o farmacêutico pode exercer no enfrentamento da pandemia, dentre as quais podemos citar: educar a equipe multiprofissional sobre a importância de reduzir as fontes de contaminação; renovar automaticamente as receitas de medicamentos de uso contínuo de pacientes com doenças crônicas, como por exemplo o diabetes e a hipertensão; e propor ações em saúde que estimulem a prática do autocuidado, reduzindo as complexidades existentes e auxiliando nas mudanças dos processos de trabalho, obtendo como produto final um sujeito protagonista de sua saúde. Para realizar uma prescrição segura de medicamentos, um dos itens verificados é a identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório. Quando ocorre a dispensação ambulatorial, é importante orientar e aconselhar o paciente antes da dispensação dos medicamentos, de modo a identificar e prevenir erros. Na dispensação de medicamentos, deve-se conferir e identificá-los, sobretudo os de embalagens semelhantes, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes (Ministério da Saúde, 2013).

A responsabilidade do autocuidado é do indivíduo, da família, do profissional e das instituições de Saúde, visto que é necessário o diálogo sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica. Como o indivíduo é quem convive diariamente com sua condição crônica, o autocuidado acaba sendo uma tarefa para a vida inteira, tanto para ele como para sua família (Cassiani, 2004).

A prática do autocuidado é centrada na pessoa e no diálogo, através de uma construção conjunta entre o usuário e o profissional de saúde, de acordo com a prioridade escolhida para executar um plano de cuidado. Isso implica o reconhecimento das vulnerabilidades do usuário para que se estabeleça um horizonte comum de cuidados entre todos os envolvidos no processo (Tavares, 2013).

O autocuidado ainda aborda o paciente de forma que ele deixe de ser passivo e passe a ser uma pessoa agente, devendo compartilhar com a equipe de saúde as responsabilidades,

agindo de forma proativa e assertiva, relatando sua queixa e sua história para que seja possível construir um plano de cuidado junto à equipe. A atenção à saúde deve ser compreendida como uma parceria entre a equipe de saúde, a pessoa e a família (Correr, 2013). Na construção do plano conjunto de cuidado vale salientar que cada indivíduo é diferente em relação a outros, ainda que tenha a mesma condição crônica (Tavares, 2013).

O farmacêutico é o profissional capacitado para realizar intervenções farmacêuticas e registrar as suas ações e pactuações com o usuário sempre que identificar problemas relacionados à farmacoterapia (Costa et al., 2015). No processo de avaliação dos problemas de saúde dos indivíduos é importante que o profissional tenha a percepção do usuário em sua integralidade, de forma a compreender os seus problemas e atuar com resolutividade. Durante sua atuação junto ao paciente, desenvolve ações, tais como: coletar informações sobre o usuário e organizar o seu perfil enquanto paciente, verificando sua capacidade ou não de entendimento sobre os medicamentos, considerando a história social e familiar, os fatores de risco e até mesmo o acesso aos medicamentos prescritos.

O plano de cuidado farmacêutico envolve ações de educação ao paciente sobre sua condição e avaliações diárias do seu estado de saúde, e aborda como tomar decisões referentes ao tratamento. Devem ser realizados planos de ação a curto prazo, de forma que correspondam ao desejo das pessoas (Correr, 2013).

O farmacêutico, por meio da orientação ao paciente e acompanhamento dos resultados da terapia prescrita, é capaz de verificar a adesão às intervenções realizadas sobre o problema de saúde (Storpiotis, 2011). O risco associado ao autotratamento desassistido justifica que o farmacêutico, principalmente nas farmácias comunitárias, ofereça ao paciente o serviço de manejo de problemas de saúde, aplicando seus conhecimentos e habilidades clínicas para realizar intervenções referentes ao cuidado, visando à resolução de tais problemas (Costa, 2015).

O trabalho de cooperação entre profissionais da equipe multiprofissional é fundamental para que seja ofertado ao usuário um tratamento holístico das suas necessidades de vida, em especial as relacionadas à saúde. Neste contexto, é importante que os membros da equipe tenham conhecimento do trabalho dos demais, a fim de otimizar os resultados (Nogueira, 1989).

Há evidências de que a integração do farmacêutico à equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) propicia uma revisão na farmacoterapia e possibilita resultados positivos para a saúde dos pacientes (Melo, 2016).

Nesse contexto, vale destacar dois novos conceitos da aliança entre o paciente e a equipe de saúde: o letramento em saúde e a autoeficácia. O letramento em saúde consiste no grau de capacidade em que os usuários obtêm, processam ou compreendem as informações fundamentais à tomada de decisão. É preocupante o que vêm sendo demonstrado em estudos

sobre a quantidade de pessoas que não participam ativamente de seu tratamento por não saberem ler e compreender adequadamente os textos (letramento), além da dificuldade em operações numéricas simples (numeramento). Pessoas com dificuldades no letramento em saúde não conseguem compreender corretamente as instruções de uso dos medicamentos (Correr, 2013).

A linguagem técnica que profissionais da saúde utilizam torna ainda mais grave o problema de compreensão dos pacientes em relação ao tratamento proposto. O fato de não haver o cuidado em avaliar o grau de compreensão e letramento dos pacientes dificulta a execução de um manejo adequado (Correr, 2013). As pessoas com baixo letramento em saúde têm dificuldade em compreender instruções sobre o uso de medicamentos, apresentam um menor controle de doenças crônicas e dificuldade na adesão, se comparadas àquelas com letramento adequado (Maragno, 2009).

A autoeficácia diz respeito ao grau de confiança apresentado pelo usuário na tentativa de mudar comportamentos para que o seu propósito seja alcançado. Evidências comprovam que a autoeficácia está associada a comportamentos saudáveis e maior adesão ao tratamento (Correr, 2013).

Acompanhar os usuários nas UBS requer sacrifícios para alcançar os resultados esperados. A adesão ao tratamento medicamentoso é um importante componente de confiança mútua e de corresponsabilidade. Realizar intervenções requer o acompanhamento das condições de vida da população por meio de duas ações de caráter educativo: intersetoriais e multiprofissionais (Storpiertis, 2011).

Considerando que as tecnologias em saúde são produtos capazes de melhorar a assistência no cuidado aos pacientes e que a incorporação e a sustentabilidade dessas tecnologias ocorrem de acordo com o modelo social e econômico de uma sociedade, investir em tecnologias que resultem em alta eficácia e segurança, com benefícios que superem os danos e favoreçam o cuidado a todos que delas necessitam, tende a ser promissor (Maragno, 2014).

Sendo assim, o critério utilizado na seleção do público-alvo descrito neste trabalho (usuários crônicos, polimedicamentosos e com esquemas terapêuticos complexos) se deu porque esses usuários são os que mais apresentam problemas de adesão à farmacoterapia, sendo os mais vulneráveis a sofrer internações hospitalares causadas por medicamentos ou pelo agravamento de suas condições crônicas. Além disso, são os usuários que mais utilizam os serviços de saúde (Maragno, 2015).

Objetivos

Propor novas tecnologias em saúde para uso nos serviços farmacêuticos da Atenção

Básica, através de materiais de identificação visual, que sejam úteis aos usuários e aos diferentes profissionais que compõem o serviço de saúde comunitária.

Proporcionar maior segurança com a utilização de um material higienizável, evitando o contato direto com documentos do usuário (prescrição, documento oficial com foto ou cartão do Sistema Único de Saúde – SUS) e contribuindo com a prática de sustentabilidade.

Objetivos Específicos

- Facilitar o processo de identificação dos medicamentos prescritos na prática de dispensação, otimizando o atendimento e evitando extravios e perdas de receituários;
- Auxiliar na organização e na compreensão do usuário a respeito da farmacoterapia, estimulando a prática do autocuidado e melhorias na adesão medicamentosa;
- Incentivar mudanças de hábitos a usuários e profissionais de saúde que possam persistir após a pandemia.

Etapas de elaboração e desenvolvimento

Desenho de pesquisa-ação na prática

Por se tratar de uma proposta de incorporação de novas tecnologias, durante a fase de análise e interpretação dos dados, os protótipos desenvolvidos foram entregues aos usuários atendidos no serviço de farmácia pela residente e adicionalmente durante as atividades práticas de Clínica Ampliada, a fim de aprimorar os materiais em desenvolvimento e adaptá-los de acordo com as necessidades observadas.

Ao analisarmos a “espiral” sucessiva de ciclos, o problema no cotidiano do trabalho é identificado e compreendido, e o diagnóstico é realizado através da elaboração de um plano de ação que vise introduzir uma mudança, incorporar o plano e revisar sua implementação através da tomada de decisão e ajustes necessários, possibilitando redefinir o problema e gerar novas hipóteses e, por último, oferecer o *feedback*, que poderá conduzir a um novo diagnóstico situacional e uma nova espiral de reflexão e ação (Sampieri, 2013).

Após a consulta farmacêutica e a análise dos dados sobre os problemas apresentados em relação à farmacoterapia, foi determinado o instante em que os problemas deveriam ser priorizados para que uma ação fosse realizada no processo da assistência. Sendo assim, alguns critérios devem ser considerados quando pensamos em investir em prioridades relacionadas à saúde do indivíduo, entre os quais podemos citar: a gravidade dos problemas, a sua intensidade, a percepção do usuário diante do problema apresentado (gravidade ou urgência), o potencial de solucionar o problema e a adequação do profissional diante desse desafio

(Rovers; Currie, 2010).

O questionamento crucial para os casos que foram abordados neste trabalho parte da seguinte pergunta:

O farmacêutico é capaz de corrigir o problema com as ferramentas que ele tem disponíveis?

Ação na prática

Os materiais tecnológicos foram elaborados e desenvolvidos a partir da observação direta de uma amostra intencional: usuários crônicos atendidos na farmácia de uma Unidade Básica de Saúde, que utilizam medicamentos contínuos e realizam a sua retirada em mais de um local da rede. Considerou-se também usuários em situação de vulnerabilidade e com limitações quanto ao grau de instrução e letramento.

As estratégias foram elaboradas a partir da prática profissional da residente, através da observação direta de situações que emergiram na pandemia da covid-19, durante o atendimento no dispensário e ambulatório da Clínica Ampliada da Unidade Básica de Saúde. As informações foram registradas em diário de campo e são descritas a seguir na forma de casos e exemplos da elaboração e adaptação de tecnologias em saúde que foram incorporadas na prática da Assistência Farmacêutica e Clínica Ampliada durante o período da Residência.

Vejamos os casos apresentados em Ambulatório Farmacêutico:

Caso 1

Idosa do sexo feminino, analfabeta, acuidade visual diminuída.

Usuária portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 vem ao ambulatório farmacêutico devido ao baixo grau de instrução e letramento, por vezes não compreendendo de quais medicamentos deveria fazer uso, bem como a posologia prescrita para o seu tratamento. Apresenta outras complicações de saúde, tais como: hipertensão, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca diastólica, dor lombar crônica (hérnia de disco) e depressão. Faz uso de medicamentos por via oral e insulina regular e NPH.

No primeiro contato em consulta farmacêutica, realizou-se a escuta dessa usuária e foi indagado como ela administrava os seus medicamentos. O esposo, também analfabeto, dificultava o processo de cuidado e rede de apoio. A usuária apresentava questões sociais de vulnerabilidade presentes no seu território, seguidas por perdas de entes queridos. As insulinas não eram corretamente administradas devido a sua baixa acuidade visual. Verificou-se que também aconteciam trocas de seus medicamentos orais, já que ela os identificava apenas associados à cor do comprimido. Quando ocorria mudança nos fabricantes dos medicamentos, vinham as dificuldades.

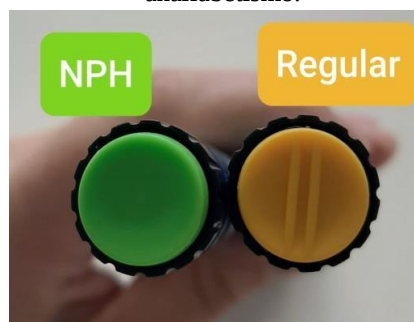
Figura A - Caixa organizadora de medicamentos

A photograph of a brown cardboard box, likely for a first aid kit. A white label with the word "MEDICAMENTOS" is pasted on the front. To the right of the label is a small illustration of a first aid kit containing a red and white capsule, a red medicine bottle, a white bucket, a magnifying glass, and a cross symbol. Below the label, a strip of paper shows several types of pills and capsules: a red and yellow capsule, a white capsule, a white pill, a green and yellow capsule, and a blister pack of white and blue pills.

Figura B - Canetas de insulina distribuídas nas Farmácias Distritais de Porto Alegre – RS



Figura C - Diferenças que facilitam o manuseio por usuários com acuidade visual diminuída e analfabetismo.



18

Caso 2

Adulta jovem, do sexo feminino, sobrepeso.

Usuária com diagnóstico recente de Diabetes Mellitus Tipo 2. Além da obesidade, apresenta outras comorbidades, tais como: asma, hipertensão, cardiopatia isquêmica e histórico de infarto com revascularização miocárdica.

Veio em busca de auxílio farmacêutico por orientação médica, pois utilizava diversos medicamentos e estava em recuperação de uma cirurgia oftalmológica. Conversamos sobre o seu diagnóstico recente, a utilização dos seus medicamentos e questões alimentares. Então, iniciei uma abordagem familiar para compreender melhor os demais agravos.

A usuária relatou que cuidava dos netos desde o nascimento e que atualmente havia perdido o contato e o convívio com eles. Trouxe isso como algo que a entristecia muito e a preocupava, chorando por diversas vezes em atendimento. Além disso, estava sentindo-se muito sozinha para lidar com a separação dos netos, pois o esposo se colocava como dependente em relação aos seus cuidados domésticos e não dialogava sobre o sofrimento trazido. Com isso, a usuária sentia-se entristecida, com dificuldades para dormir e com agravamento do sobrepeso (fator que a incomodava bastante). Em algumas consultas posteriores, relatou ter perdido a vontade de viver (sic). Acolhi os seus anseios e angústias, e orientei que tais aborrecimentos poderiam repercutir em seu tratamento medicamentoso.

Ações desenvolvidas: Apresentei a pasta do usuário – tecnologias em saúde – (Figura D), para que fosse utilizada como ferramenta de guarda de suas receitas e exames. Expliquei sobre a importância de um cuidado integral em saúde e realizei uma interconsulta com a nutricionista para melhor acompanhamento do caso.

Figura D - Pasta do usuário (com sinalizadores por área de vigilância e outros dispositivos tecnológicos)



Fonte: Material elaborado pela autora.

Caso 3

Idosa do sexo feminino, baixo grau de instrução ou letramento.

Em tratamento para Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão, hipercolesterolemia e história psiquiátrica prévia. Relata queixa de desconforto abdominal, além de episódios de câimbras.

Em consulta farmacêutica, solicita a troca de um determinado medicamento prescrito, pois associou que este causava câimbras, suspendendo o tratamento por iniciativa própria. Apresenta discurso místico para justificar algumas ações. Expliquei que para substituir o medicamento prescrito havia como alternativa a substituição por insulina, mas a usuária não estava disposta a iniciar outra alternativa terapêutica. Então, orientei sobre a importância de cada medicamento prescrito e compartilhei o cuidado com o esposo, que se mostrou orientado e organizado.

Ações desenvolvidas: Entreguei a pasta do usuário – tecnologias em saúde – (Figura D) para guarda de seus receituários, documentos, requisições de exames e consultas. Abordei diversos aspectos da vida familiar e hábitos alimentares. Realizei o convite para participar da horta comunitária (Figura E) para fazer novas amizades, além de incentivar o consumo de hortaliças. Revisamos toda a farmacoterapia, os horários e o modo de uso dos medicamentos, e abordei a importância de consultar sempre que surgirem dúvidas.

Figura E - Horta comunitária, construída por moradores da comunidade.



Fonte: Foto Grupo Horta Comunitária da Unidade de Saúde Santíssima Trindade - RS.

As pessoas que frequentam a horta comunitária, após o trabalho no cultivo e preparo da terra, podem colher algumas hortaliças para o seu próprio consumo. Além disso, a cada quinze dias, o psiquiatra matriciador da Unidade de Saúde acompanha o trabalho realizado na horta e realiza uma conversa em forma de "roda" com as usuárias, a fim de dialogar sobre os sofrimentos e vulnerabilidades presentes nessa comunidade.

Recursos e materiais utilizados

Pasta do usuário

A primeira etapa foi realizar a escolha do material que contemplaria as necessidades observadas durante a pesquisa. Optou-se por um material retornável e resistente que possibilitasse a sua assepsia antes e após o seu manuseio. Além disso, fez-se necessário que o material tivesse um sistema de fechamento para que receituários e medicamentos estivessem em segurança, protegendo-os de umidade, sujeira e chuva. Após uma busca no mercado de papelaria, foi selecionada uma pasta transparente fabricada em polipropileno, tamanho A5 (18 cm x 26 cm), com fecho tipo zíper plástico e visor para colocar a identificação do paciente.

Com isso, foi elaborada a primeira tecnologia em saúde – a “pasta do usuário” – com o objetivo de suprir as necessidades observadas nos serviços farmacêuticos e criar um sistema de identificação visual do usuário, que fosse útil aos diferentes profissionais que compõem o serviço de saúde comunitária. Foi possível identificar o usuário sem a necessidade do contato direto com os documentos de identificação (segurança do paciente); garantir aos usuários o acesso à Unidade de Saúde devidamente identificados e com documentos em bom estado de conservação; contribuir com a sustentabilidade (pasta feita de material reciclável); incentivar mudanças de hábitos que possam persistir após a pandemia, como a prática do autocuidado, a diminuição do extravio de receitas e assepsia frequente da pasta, a fim de evitar contaminações cruzadas no ambiente comunitário durante e após a pandemia da covid-19.

A segunda etapa de criação deste material foi desenvolver um layout temático para auxiliar na visualização das demandas requeridas. Então, surgiu a necessidade de garantir um compartimento para guarda de documentos (porta-cartão SUS), de forma que facilitasse a apresentação do documento na Unidade de Saúde. A partir disso, diferenciaram-se as pastas por sinalizadores de cor, com intuito de facilitar a comunicação entre os diversos atores. Os *layouts* foram pensados de forma que pudessem sinalizar as pastas com lembretes de cor, estabelecendo correspondência com a respectiva área de vigilância, com o intuito de agilizar a comunicação entre o serviço de farmácia, os prescritores e as demais referências no atendimento ao usuário. A escolha de cores acompanhou o que já estava estabelecido na organização prévia das áreas de vigilância. A cor rosa, por exemplo, representaria a “Equipe da manhã”, a cor azul, “Equipe da tarde” e assim por diante.

Pasta do Usuário (cores por área de vigilância)



Fonte: Material elaborado pela autora.

Caixa individualizadora com pictogramas do usuário

A caixa individualizadora foi elaborada com o objetivo de aconselhar o usuário sobre o uso de seus medicamentos, estimulando a melhoria de conhecimentos sobre a sua saúde e adequando a tecnologia desenvolvida à escolaridade, cultura e compreensão prévia do indivíduo.

Quanto mais o usuário aumenta o conhecimento sobre o seu tratamento, maiores são as chances de protagonismo, tomada de decisões, autoconfiança e adesão medicamentosa (Rovers; Currie, 2015).

No quesito letramento, abordado anteriormente neste trabalho, buscou-se aproximar-se do usuário através de uma construção coletiva de recursos visuais com a criação da caixa individualizadora. Para usuários com dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e/ou analfabetismo, essas caixas foram construídas conforme o entendimento e letramento do usuário. Para tal feito, fez-se o uso de pictogramas como ferramenta auxiliar na compreensão dos horários de administração dos medicamentos.

A *American Society of Health – System Pharmacists* (ASHP) recomenda seguir algumas etapas para o aconselhamento do paciente, além de avaliar as crenças e dificuldades apresentadas. Ao utilizar recursos visuais, é importante fornecer informações verbais, além do uso dos próprios medicamentos do usuário para facilitar a orientação. É importante perguntar ao usuário se entendeu as informações apresentadas durante a consulta e se pode repeti-las conforme o seu entendimento (Rovers; Currie, 2015). Isso auxilia na construção coletiva dos saberes quando aplicados no desenvolvimento da caixa individualizadora.

Figura 1.1 - Caixa individualizadora - Parte lateral externa



Fonte: Material elaborado pela autora.

Figura 1.2 - Caixa individualizadora – Parte interna da caixa com uso de pictogramas (cores e imagens)



Fonte: Material elaborado pela autora.

Recursos Visuais

A ideia deste material tecnológico é auxiliar tanto os usuários quanto os profissionais de saúde a adquirir novos hábitos diante de um cenário pandêmico e que possam persistir após o seu término, garantindo assim um sistema de dispensação mais eficaz. Para isso, utilizaram-se recursos adicionais no processo de dispensação, a fim de facilitar a comunicação entre usuário e dispensador. Foram desenvolvidos carimbos em cores diferentes para alertar e orientar sobre os demais locais de entrega de medicamentos na Atenção Básica de Saúde, com os seguintes dizeres: FARMÁCIA POPULAR, FARMÁCIA DISTRITAL (Figuras 2.1 e 2.2). Além desses recursos foi desenvolvido um carimbo de renovação de receituário (Figura 2) para os casos que ultrapassam 360 dias de validade. O documento é encaminhado ao setor administrativo que organiza e entrega ao profissional prescritor, com o limite máximo de renovação de até 3 dias úteis. Adicionalmente foi elaborado um lembrete para fixar nos receituários (Figura 2.3), com a indicação das próximas retiradas de medicamentos disponíveis no sistema, evitando assim esquecimentos e interrupções de tratamento.

Figura 2 - Carimbo utilizado na dispensação de medicamentos



Fonte: Fotografada e editada pela autora.

Figura 2.1 - Carimbo utilizado na dispensação de medicamentos



Fonte: Fotografada e editada pela autora.

Figura 2.2 - Carimbo utilizado na dispensação de medicamentos



Fonte: Fotografada e editada pela autora.

Figura 2.3 - Lembrete fixado no receituário após a dispensação utilizados de medicamentos

US Santíssima		
Trindade Próxima		
retirada Lembre		
de TRAZER		
CARTÃO DO SUS		
E		
DOC.IDENTIDADE		
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

Fonte: Fotografada e editada pela autora.

Resultados Obtidos

Os resultados obtidos após análise dos dados foram de que a pasta auxiliou o usuário, bem como os profissionais da saúde, dando suporte na dispensação de medicamentos e qualificando o atendimento na Unidade Básica de Saúde, com a diminuição de extravios e perdas de receituários.

Com a entrega da pasta do usuário e das demais tecnologias construídas durante o atendimento farmacêutico, verificaram-se melhorias na organização dos documentos apresentados pelo usuário e na adesão medicamentosa, visto que, no retorno às consultas farmacêuticas, a pasta era apresentada ao farmacêutico com os documentos organizados, além de produzir o reconhecimento adequado sobre a terapia proposta, com melhorias significativas no cuidado em saúde. Quando questionados sobre as mudanças produzidas no processo do cuidado farmacêutico, principalmente no caso de usuários com dificuldade de compreensão, analfabetismo e/ou ausência de rede de apoio, a resposta sempre foi satisfatória.

Além disso, o espaço protegido para o desenvolvimento da clínica ampliada possibilitou que o farmacêutico desenvolvesse a prática da atenção farmacêutica e, com ela, uma compreensão mais ampla do estado de saúde do paciente, adquirindo um potencial para solucionar muitos problemas identificados no processo de uso dos medicamentos (Rovers; Currie, 2010).

Um estudo demonstrou que farmacêuticos que conseguem realizar uma instrução individualizada sobre medicamentos são capazes de fornecê-los com maior garantia de adesão pelos pacientes e que acompanhá-los com frequência aumentaria a sua adesão de 61% para 96%, principalmente no caso dos pacientes que utilizam diversos medicamentos (Lee; Grace; Taylor, 2006).

A falta de adesão ao tratamento proposto pelo profissional prescritor é importante causa de internações hospitalares relacionadas a problemas medicamentosos. Uma meta-análise verificou que 5,3% das hospitalizações advinham da falta de adesão medicamentosa (Sullivan; Kreling; Taylor, 2006).

Além disso, foi identificada notória diferença entre pacientes que apresentavam problemas de saúde e foram assistidos pela prática de atenção farmacêutica em relação àqueles que apenas foram identificados com problemas no ato da entrega de medicamentos na farmácia comunitária. Os problemas ficam mais evidentes quando o farmacêutico consegue abordar de forma individualizada o tratamento proposto e verificar se a medicação está ou não adequada, se existem reações adversas ou terapia desnecessária (Currie; Chrischilles; Kuel, 1997; Cipolle; Sttand; Morley, 1998).

Com isso, é fundamental que o usuário faça parte ativa no processo do cuidado. Para

isso, o ciclo do cuidado farmacêutico é imprescindível. Em ambulatório farmacêutico é possível desenvolver a entrevista com o paciente para identificar o problema norteador da demanda, para depois estabelecer com ele um plano de cuidado, criando um dispositivo adequado à execução do plano e, por último, monitorar e acompanhar o paciente para verificar os resultados obtidos. O ciclo da atenção farmacêutica não cessa. A cada nova consulta, o farmacêutico irá perguntar como o paciente está se adaptando ao recurso tecnológico utilizado, se o problema com a adesão foi resolvido, se está estável, ou se outro problema surgiu. Se a meta esperada não foi alcançada e outros problemas surgiram, reinicia-se o ciclo da atenção farmacêutica e, a cada problema medicamentoso detectado, um novo plano de ação é iniciado (Rovers; Currie, 2010).

Na perspectiva de construir um novo plano de ação durante o processo de cuidado pode-se adicionar outros recursos tecnológicos, a fim de facilitar a compreensão e, com isso, obter resultados mais satisfatórios.

Plano de implementação

A pasta do usuário foi disponibilizada durante as consultas farmacêuticas, e os recursos visuais foram empregados de acordo com cada usuário e suas necessidades de saúde. Conforme o interesse de acesso à pasta do usuário, será realizado um pedido da farmácia ao Centro de Materiais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que providenciará a aquisição, conforme a demanda.

Inicialmente foram adquiridas cerca de cem pastas do usuário para verificar os resultados obtidos com a introdução dessa tecnologia. Nos meses de março a agosto de 2021 foram distribuídas algumas pastas para usuários da clínica ampliada e outras no ato da entrega de medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde, para aqueles usuários que retiravam medicamentos em mais de um ponto da rede.

Os recursos visuais, como carimbos e lembretes, já estão sendo utilizados durante o processo de dispensação e são importantes para sinalizar os possíveis locais de dispensação, as próximas retiradas de medicamentos e o momento de renovação dos receituários.

As caixas individualizadoras de medicamentos são construídas conforme a necessidade. Portanto, não são produzidas e estocadas para posterior distribuição e sim elaboradas após o diálogo com o usuário em consulta farmacêutica e personalizadas de acordo com a sua compreensão, letramento e autoeficácia.

Reflexões

Durante a construção dos materiais tecnológicos surgiram inquietações e reflexões que partiram das necessidades dos serviços e dos usuários (seu modo de entender a saúde) e das

minhas perspectivas diante das demandas clínicas apresentadas no processo de dispensação de medicamentos. Através das anotações realizadas no Diário de Campo e das observações no cotidiano do trabalho, percebi que as tecnologias, além de úteis no desenvolvimento dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica, traziam consigo a construção de relações afetivas. Mas o que significa construir relações afetivas com os nossos usuários?

Os cuidados farmacêuticos ou *Pharmaceutical Care* foram definidos por Hepler e Strand (*apud* Berger, 2011) como “a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definitivos que melhorem a qualidade de vida do paciente”. Para os autores, o cuidador deve ser capaz de desenvolver ações com o paciente e com os outros profissionais de saúde, que são necessárias para prestar os cuidados farmacêuticos. Nessa perspectiva, entende-se que, para produzir cuidados farmacêuticos, é importante que se estabeleça uma relação produtiva (Berger, 2011).

De acordo com Basch (*apud* Berger, 2011), para “sermos entendidos e compreendidos, sentindo-nos mais cuidados, seguros, estimulados e apreciados precisamos nos comunicar em algum nível com outros seres humanos.” Por esse motivo, as relações afetivas são fundamentais na construção dos cuidados farmacêuticos, já que as pessoas reagem de forma diferente com outras com as quais se relacionam, devido à confiança e ao cuidado (Berger, 2011). O vínculo entre profissional e usuário deve ser construído e fortalecido ao longo do tempo, de forma a garantir um cuidado mais efetivo.

A ideia de selecionar usuários crônicos e polimedicamentosos como objeto deste estudo se deu devido à complexidade dos casos apresentados. O meu desejo era criar uma ferramenta que fosse capaz de organizar os documentos dos usuários e os medicamentos, trazendo com isso a informação e a autonomia do sujeito.

Pensando nisso, abordei neste trabalho alguns casos clínicos apresentados durante as consultas farmacêuticas, a fim de sistematizar melhor os resultados obtidos com a incorporação da pasta do usuário e outros dispositivos tecnológicos.

Uma das minhas preocupações durante a construção desse material era garantir a continuidade do cuidado aos usuários crônicos, mas também possibilitar o acesso às tecnologias desenvolvidas para os demais usuários da UBS. Durante a pesquisa, um grupo de usuárias que retiram medicamentos de uso contínuo (anticoncepcionais orais ou injetáveis) e com validade de 360 dias apresentaram, durante a pandemia, problemas relacionados com a perda de receituários e a sua má conservação, além do esquecimento de seus documentos de identificação. Estas usuárias recebem uma prescrição que pode ser fornecida tanto pela equipe médica quanto pela de enfermagem, para utilização desses medicamentos. Contudo, a reflexão sobre os problemas apresentados nos indica a necessidade de recursos humanos para refazer o documento a ser apresentado, tanto na farmácia quanto no setor de procedimentos, em casos de anticoncepcionais injetáveis. A demora no atendimento é fator preditivo ao analisarmos todos

os fatores que influenciam na resolutividade dessas demandas que poderiam ser evitadas.

O planejamento é para que mais pessoas possam ter acesso a esses recursos tecnológicos apresentados, seja por demanda espontânea no dispensário de medicamentos ou na Clínica Ampliada com orientações do farmacêutico.

Considerações finais

Realizando a residência multiprofissional no programa Saúde da Família e Comunidade, tive a oportunidade de aprimorar os meus conhecimentos e pôr em prática no cotidiano do trabalho toda a construção coletiva que foi possível realizar durante estes dois anos de residência. Percebi o quão gratificante é fazer parte da família das pessoas, enquanto sujeito que promove o cuidado.

O cuidado integrado em saúde é essencial para enriquecer ainda mais os processos de trabalho. A produção de tecnologias em saúde que facilitem a dinâmica da vida traz sentido ao meu propósito de estar junto à população mais vulnerável. Aprimorar os serviços farmacêuticos com materiais tecnológicos que são úteis na compreensão e no cotidiano do trabalho é encher o coração de esperança, afeto, empatia e respeito por cada trajetória e contexto social apresentados por usuários no dia a dia da Atenção Básica de Saúde.

Referências

BERGER, Bruce A. **Habilidades de comunicação para farmacêuticos**: Construindo Relacionamentos, Otimizando o Cuidado aos Pacientes. Tradução: Divaldo Pereira de Lyra Juniores et al. São Paulo: Pharmabooks, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. **Declara, em todo o Território Nacional, o Estado de Transmissão Comunitária do Coronavírus (Covid-19)**. 55 f. Brasília, DF, 20 mar. 2020. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 25 set. 2020.

CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli. **A Segurança dos pacientes na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2004.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 219-222.

CORRER, Cassyano J; OTUKI, Michel F. Plano de cuidado e seguimento individual do paciente. In: CORRER, Cassyano J.; OTUKI, Michel F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 352-374.

COSTA, Karen Sarmiento et al. O cuidado Farmacêutico. In: COSTA, Karen Sarmiento et al. (org.). **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica**: Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, Karen Sarmento et al. Proposta Pedagógica de capacitação profissional para o serviço de clínica farmacêutica. In: COSTA, Karen Sarmento et al. (org.). **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, Karen Sarmento et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde: o serviço de clínica farmacêutica. In: COSTA, Karen Sarmento et al. (org.). **Cuidado Farmacêutico da Atenção Farmacêutica: Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 54-68.

CURRIE, J.D., CHRISCHILLES; E.A.; KUEL, A.K. et al. Effect of training program on community pharmacist's detection of and intervention in drug-related problems. **J Am Pharm Assoc.**, n 2, p. 182-191, 1997. doi.org/10.1016/S1086-5802(16)30203-0.

KAMPF, G. et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J Hosp Infect**, v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020. doi:10.1016/j.jhin.2020.01.022.

LEE JK, GRACE KA, TAYLOR AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. **JAMA**, v. 296, n. 21, p. 2563-2571, 2006. DOI:10.1001/jama.296.21.joc60162.

MARAGNO, Carla Andreia Daros. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. 2009. 41 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18582>. Acesso em: 25 set. 2020.

MELO, Angelita Cristine de; FRADE, Josélia Cintya Quintão Pena. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 108 p.

NOGUEIRA, R. P. **Capital e trabalho nos serviços de saúde**: introdução e o conceito de serviços, determinação geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – PAHO. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>> Acesso em: 20 set. 2020.

ROVERS J.P., CURRIE J.D., et al. **Guia Prático da Atenção farmacêutica**: Manual de Habilidades Clínicas. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anexo 3: Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Portaria nº 258, de 13 de março de 2020. **Determinações da Coordenação de Assistência Farmacêutica**

sobre o prazo de validade das prescrições na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre durante o período de emergência de Saúde Pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019. 6206. ed. Porto Alegre, RS. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=284750. Acesso em: 27 set. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Portaria 1160, de 07 de dezembro de 2018. **Determinações da Coordenação de Assistência Farmacêutica.** Porto Alegre, RS, 14 dez. 2018. 5898 ed. Ano XXIII.

STORPIRTIS, Sílvia. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica:** Ciências Farmacêuticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SULLIVAN SD, KRELING DH, HASTLET TK. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalization: a literature analysis and cost of hospitalization estimate. **J Res Pharm Econ.**, n. 2, p. 19-33, 1990.

SUMAN, R. et al. Sustainability of Coronavirus on different surfaces. **J Clin Exp Hepatol**, v. 10, n. 4, p. 386-390, May 2020. doi: 10.1016/j.jceh.2020.04.020.

TAVARES, Angela Maria Vicente et al. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

“Ficar em que casa?” Narrativas sobre desigualdades sociais em saúde e a pandemia da covid-19

Joana Simões Pires Rizzo Campos, Maria Marta Orofino

Resumo

Este trabalho foi o produto final de uma formação em serviço denominada Residência Multiprofissional em Saúde, que ocorreu entre os anos de 2020 e 2022, período marcado pela pandemia da covid-19. Trata-se de uma narrativa qualitativa, reflexiva e interpretativa que visou produzir uma reflexão sobre o “ficar em casa”, bordão fortemente divulgado na mídia como uma forma de prevenção para o contágio do vírus, na vida dos sujeitos-usuários que cruzaram o caminho da autora durante o processo formativo. Questiona-se, afinal, quem pode ficar em casa em um cenário de crise econômica, constante destruição das políticas públicas e gradual perda dos direitos tão arduamente conquistados pela classe trabalhadora brasileira. É a partir da escrita de cinco contos-histórias, recortes de um universo de vivências que o período da residência proporcionou, que é trazida uma visão sobre algumas formas de viver o “ficar em casa” que acabam estrategicamente invisibilizadas no contexto sócio-político em que vivemos. Entende-se que a escrita narrativa articula um diálogo entre a literatura e as características sócio-históricas que localizam um contexto, possibilitando assim a compreensão da prática vivenciada pelo narrador.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; classe social; covid-19.

“Si o senhor não está lembrado
Dá licença de contá
Que aqui onde agora está
Esse edifício arto
Era uma casa velha
Um palacete assobradado

Foi aqui seu moço
Que eu, Mato Grosso e o Joca
Construímos nossa maloca
Mais, um dia
Nós nem pode se lembrar
Veio os homi cas ferramenta
Que o dono mandô derrubá

Peguemo todas nossas coisa
E fumos pro meio da rua
Apreciar a demolição
Que tristeza que nós sentia
Cada táuba que caía
Doía no coração

Mato Grosso quis gritá
Mas em cima eu falei:
Os homi tá cá razão
Nós arranja outro lugar

Só se conformemo quando o Joca falou:
"Deus dá o frio conforme o cobertor"

E hoje nós pega a páia nas grama do jardim

E prá esquecê nós cantemos assim:
Saudosa maloca, maloca querida,
Que dim donde nós passemos dias feliz de nossa
vida”

Saudosa Maloca – Adoniran Barbosa

Introdução

A escrita desta narrativa é produto de um processo formativo “em ato”, que se denomina Residência em Saúde. O termo “residência” tem origem no verbo “residir”, que significa fazer morada, ter lugar em, existir em, habitar. É a partir de uma jornada de trabalho de sessenta horas semanais que o residente vivencia uma completa imersão no seu local de prática, tendo aquela realidade como central em sua vida pelo período mínimo de dois anos. Quase como uma segunda casa. E é mesmo sobre a temática das casas que esse texto se concentra.

Estive inserida enquanto psicóloga residente no Programa de Saúde da Família e Comunidade, ofertado pela Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A instituição faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por diversos serviços de saúde localizados na zona norte de Porto Alegre. Durante grande parte do período de formação, trabalhei em uma unidade de saúde da família localizada em uma comunidade periférica e socialmente vulnerabilizada. Circulei também em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir de estágios curriculares e optativos.

Logo na minha primeira semana de atuação no campo prático, em meados de março de 2020, o país foi atingido pela pandemia do novo coronavírus, causador da doença respiratória que se alastrava pelo mundo em proporções nunca antes vistas na atualidade. Enquanto método para evitar a disseminação da doença, o Ministério da Saúde recomendou lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel, higienizar com frequência os objetos mais utilizados e o ambiente, não compartilhar itens de uso pessoal, dormir bem e ter uma alimentação saudável, usar máscara e o principal: o isolamento social, que prevê que a população deve se manter em casa, evitando aglomerações e saindo apenas para necessidades básicas (Brasil, 2020). Para fortalecer essa recomendação, criou-se o bordão “fique em casa”, disparado mundialmente de maneira sistemática na mídia e nas redes sociais.

A questão que se apresenta a partir disso é: quem pode ficar em casa? Vivemos um cenário de crise econômica, constante destruição das políticas públicas e gradual perda dos direitos tão arduamente conquistados pela classe trabalhadora brasileira. Os pobres acabam ainda mais pobres, enquanto as grandes fortunas dos mais ricos apenas aumentam. Verifica-se que mais da metade da população do Brasil vive em situação de pobreza, com renda inferior a um salário mínimo (Peret; Nery, 2019). Muitas famílias, principalmente aquelas que residem em territórios vulneráveis e periferias, não possuem acesso à infraestrutura mínima para uma vida salubre. Dentro de suas casas, alguns não possuem nem água encanada, saneamento básico, itens de higiene e limpeza ou alimentos saudáveis.

É uma pequena parcela da população que possui poder aquisitivo suficiente para obter bens que promovem conforto e comodidade no espaço domiciliar, como computadores com acesso à internet, alimentação variada e saudável, itens de higiene e carro para uso pessoal. Entretanto, uma campanha amplamente divulgada nos diversos meios midiáticos e sociais dialogava apenas com esses poucos que têm a possibilidade de ficar em casa. A população da periferia, comunidades indígenas, pessoas em situação de rua, trabalhadores que não puderam deixar seus trabalhos, entre tantos que representam diversas realidades no país, acabaram desconsiderados por essa normativa.

Para alguns, ficar em casa significou ficar distante de amigos e familiares, fazer *home office* (trabalhar de casa), substituir as festas e passeios em shoppings pela televisão e o computador de casa, os restaurantes e bares pelos aplicativos de *delivery*, e as aulas presenciais pelas aulas online e atividades de ensino à distância (EAD). Enquanto isso, aqueles vulnerabilizados financeiramente se viram fadados a enfrentar essa realidade vivendo em casas que muitas vezes contam com apenas dois ou três cômodos, sem acesso à internet ou computador para uso pessoal, com o transporte público como principal e às vezes único meio de locomoção, dependendo do trabalho informal e com suas principais fontes de renda zeradas ou extremamente reduzidas em função da pandemia. Esses caracterizam a grande maioria numérica da população brasileira, mas são invisibilizados, excluídos da sociedade capitalista.

Trabalhando na chamada “linha de frente”, observei de perto o progresso da pandemia na comunidade e seus devastadores efeitos sociais. O processo de trabalho da unidade de saúde foi diretamente marcado por demandas como insegurança alimentar e fome, desemprego, aumento nos índices de violência contra a mulher, a criança e o idoso, maior procura por atendimento médico em função de sintomas de saúde mental, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e assistência social, busca por apoio no processo de solicitação do Auxílio Emergencial e diversas outras situações relacionadas.

A partir dessa experiência, surge a inquietação que pauta esse trabalho, acerca da reflexão sobre o “ficar em casa” na vida dos sujeitos-usuários que cruzaram meu caminho no processo formativo da residência. Descrevo suas casas e histórias utilizando como metodologia a narrativa qualitativa, reflexiva e interpretativa. Apoio-me na análise crítica da experiência que registrei em um diário de campo, onde foram feitos relatos do cotidiano na unidade de saúde, reflexões sobre a comunidade, o processo de trabalho, a população adscrita e a pandemia, entre outras anotações de cunho subjetivo.

A partir do olhar das autoras Onocko Campos e Furtado (2008), as narrativas articulam um diálogo entre a literatura e as características sócio-históricas que localizam um contexto. O SUS é caracterizado por uma multiplicidade de impasses e ações que se

desenvolvem nos serviços, de modo que as abordagens metodológicas tradicionais não são suficientes para compreender o processo de trabalho. Nesse sentido, a narrativa opera uma mediação entre a experiência viva e o discurso (Ricoeur, 1997), possibilitando a compreensão da prática vivenciada pelo narrador. Leal (2006) apresenta o conceito do “olhar narrativizante”, que é necessário para que o cotidiano seja elaborado e interpretado no momento da escrita.

O uso do diário de campo caracteriza uma pesquisa que tem a observação como um instrumento de produção de dados, que vem a se tornar o ponto de partida da narrativa. O material é composto por anotações diárias realizadas durante a vivência no campo, que são abrangentes, analíticas e interpretativas, diferenciando-se de uma mera enumeração de ocorrências (Roese et al., 2006). A escrita possibilita a construção de um pensamento crítico que articula a realidade prática e a teoria, o que qualifica a aprendizagem em serviço. Utiliza-se da narrativa crítico-reflexiva para instigar o leitor, especialmente o profissional da saúde, a refletir sobre a temática exposta.

É a partir da escrita de cinco contos-histórias, recortes de um universo de vivências que o período da residência me proporcionou, que trago uma visão sobre algumas formas de viver o “ficar em casa” que acabam estrategicamente invisibilizadas no contexto sócio-político em que vivemos. Todos os nomes que aparecem no texto foram alterados, assim como alguns elementos das histórias, com o objetivo de preservar e respeitar a identidade dos usuários. Destaco que o olhar sobre a temática parte de uma mulher cisgênero, branca e que, durante toda sua vida, teve acesso garantido a direitos básicos de moradia, alimentação, educação, convivência familiar, lazer e tantos outros.

a casa escura

dobrando na rua do salão de beleza

“Dobrando a esquina onde fica o salão de beleza do muro amarelo”, foi como a assistente social do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) me descreveu o caminho até aquele portão. Uma casa sem número, um portão de madeira sem trancas. Passando por ele, uma porta de ferro e vidro, mas onde deveria ter o vidro, um pedaço de papelão fazia o papel de cobrir o buraco – não muito eficaz na prevenção de arrombamentos, mas ótimo em impedir a luz de entrar. A janela não abria – disseram que estava quebrada. Próximo a ela, uma cama ocupava boa parte da sala e um corpo nela se estendia. Um corpo, porque já havia sido despido de sua humanidade. Um corpo que os profissionais de saúde se empenhavam para manter vivo, também esquecidos dos sentidos ali atribuídos.

Arthur tinha vinte e cinco anos quando parou de viver. Não morreu por pouco. Levou quantos tiros? Ninguém se lembra ao certo. Era órfão desde os dez anos de idade, quando sua

mãe morreu por pneumonia. Seu pai estava vivo, mas não era pai, o tinha “abortado”, da mesma forma que fez com seus irmãos. Abortado porque estava lá para a concepção, mas na hora de criar, foi embora sem olhar para trás. O responsável pelos seus cabelos loiros, sua pele clara e os olhos amendoados morava pouco distante dali, algumas quadras para a direita, mas isso pouco importava, pois nunca se fez presente. Criou-se entre as casas de tios e dos irmãos, mas nunca foi criado, foi aprendendo sozinho, na prática, como se virar no mundo. Encontrou no tráfico de drogas uma família, um trabalho, um sentido. Era assim para muitos jovens de sua comunidade.

Lembrei do bordão das periferias, repetido pelo único sobrevivente do documentário “Falcão – Meninos do Tráfico” em uma reportagem conduzida por Eliane Brum (2017, p. 163): “essa vida do crime só acaba em cadeia, cadeira de rodas ou cemitério”. Arthur teve o segundo destes três destinos. Foi atingido no fígado, ureter, sacro, reto e medula espinhal. Acabou paraplégico e incapaz de se manter sentado reto em função de uma perda de equilíbrio. Recebeu alta com cateter duplo J, colostomia e fixador externo em uma das pernas (metais que se projetavam para fora de seu corpo) – corpos estranhos, que deveriam ser removidos após alguns meses. Foi orientado junto de seus familiares sobre os cuidados que deveriam ter daqui pra frente e para sempre.

Muito simples! A partir de agora vocês devem: sondar a urina pelo menos quatro vezes ao dia, mudar de posição na cama a cada duas horas para evitar escaras e retornar ao hospital regularmente para continuidade do cuidado em formato ambulatorial. Para uma boa recuperação, também recomendamos uma alimentação saudável e rica em nutrientes. Se puderem pagar, uma fisioterapia três vezes na semana poderia possibilitar um melhor prognóstico.

Aquele que até então morava só e há anos contava apenas consigo para se virar, agora dependia dos cuidados de terceiros para tudo. Foi parar em uma comunidade onde seu irmão mais velho alugava uma casa. Nunca conheci esse irmão – estava sempre trabalhando. Os outros dois irmãos eram os que pareciam dividir seu cuidado da maneira como conseguiam. Brenda tinha vinte e três anos, era a única filha mulher da prole. Mesmo sendo uma das mais novas, sempre se viu nos cuidados com os irmãos e com as casas por onde passavam. Não fazia muito tempo que tinha conseguido um emprego no shopping como manicure, trabalhava durante todo o dia e tentava concluir o ensino médio estudando a noite. Bruno, o mais novo, tinha dezenove anos, não estudava e era quem sempre ficava em casa com Arthur. Quando descobri sua idade, me surpreendi – aparentava muito menos. Usava sempre camisetas estampadas com desenhos japoneses e uma touca na cabeça, mesmo em dias quentes. A relação entre os irmãos era quase tão complexa como suas histórias. Posso dizer que até hoje, enquanto escrevo essa história, não sinto que compreendi inteiramente todos os nós que

ali se colocavam. Um pouco dessa dificuldade de compreender, entretanto, tem muita relação com o quão difícil foi, durante todo o período de acompanhamento, acessá-los e conhecê-los. Bruno foi o único que pude ver mais vezes, nas visitas domiciliares, mas o silêncio marcava esses encontros. A história de Arthur cruzou com a unidade de saúde onde atuei como psicóloga residente em meio a um dos períodos mais difíceis da pandemia. É importante ressaltar que da forma como se organiza o acompanhamento dos casos nesta unidade, é muito comum a coordenação do cuidado dos chamados “casos complexos” recair sobre os profissionais psicólogos ou assistentes sociais, diferente de como ocorre na maioria das unidades de saúde de Porto Alegre, que não contam com estes núcleos profissionais inseridos em suas equipes mínimas. Por isso, quando chegou a assistente social do PAD para discutir e passar o caso de um novo acamado no território, logo chamaram a psicóloga que estava na retaguarda. Foi assim que o conheci.

Fiz algumas poucas anotações a partir do que me foi descrito sobre o caso, com o objetivo de me preparar para o que encontraria. Na passagem, muito se falou em todos os problemas de saúde que acometiam aquele corpo, assim como diversas especulações sobre como tinha acabado naquela condição. Tinha envolvimento com o tráfico? Era usuário de drogas? Estava escondendo-se de alguém? Diversas eram as hipóteses criadas pelos profissionais, atravessados diretamente pelo senso comum sobre o assunto. Sobre o sujeito, eu pouco sabia. Não sabia se era branco ou negro, se tinha sonhos, como se sentia sobre sua condição ou sobre sua história.

Os profissionais do PAD também destacaram todas as dificuldades que enfrentaram com a família durante o acompanhamento. Me marcou a fala da assistente social: “Peço desculpas, mas sinto que estou te entregando o caso zerado”. Falavam que mesmo após um período de quase três meses, haviam pouco avançado nos encaminhamentos. As principais dificuldades eram com as questões que dependiam do movimento dos familiares. Precisavam levar os documentos para abrir prontuário na unidade de saúde, fazer o cadastro único no CRAS, encaminhar o BPC, cadastrar para o recebimento de fraldas e bolsas de colostomia, entre outros. Nada disso faziam, justificando que em função do trabalho não podiam se deslocar aos serviços.

Feita a passagem do caso, fomos visitá-lo pela primeira vez. Sobrou pouco de mim à vista depois que estava completamente “paramentada”, conforme o protocolo de segurança para visitas domiciliares em tempos de coronavírus: avental descartável, touca descartável, luvas cirúrgicas, propé descartável, máscara PFF2, escudo facial. Me sentia como uma astronauta partindo para outro planeta. Imaginei como seria receber alguém vestido dessa maneira na minha casa – no mínimo muito estranho. Não que todo aquele EPI fosse me proteger do choque de realidade que estava prestes a me deparar.

Eu o encontrei deitado na cama, ao lado da porta. Eu já conhecia a disposição daquele espaço – já havia estado em diversas casas estruturalmente iguais àquela – apesar disso, me surpreendi. A singularidade dos ocupantes é capaz de transformar os espaços em mundos completamente diversos. Na frente dele havia uma televisão desligada e uma janela fechada. Atrás dele, uma cozinha limpa, sem panelas ou louça suja, nada que indicasse que alguma refeição havia sido preparada recentemente, apesar de estarmos ali no horário do almoço. Um cachorro, dois gatos e um coelho circulavam entre os profissionais de saúde e moradores. O cachorro, Bob, rapidamente expressou sua revolta com todo aquele nosso figurino: descobriu que era muito divertido morder meu avental e puxá-lo, como um cabo de guerra.

Arthur não era nada como eu imaginava. Tinha cabelos loiros, na altura dos ombros. Uma barba rala, recentemente aparada “na régua”. Sua pele era branca e pálida, parecia que não via sol há muito tempo, o que condizia com a escuridão na qual se encontrava, sem nenhuma entrada de luz no ambiente e todas as luzes apagadas. O corpo extremamente magro, coberto até a altura do pescoço por um lençol fino. Parecia ser muito jovem. Era muito jovem. Jovem demais. Em função dos fixadores externos, não conseguia utilizar da cadeira de rodas, não entrava nela, pois os metais se projetavam para fora de sua perna. Além disso, tinha perda de equilíbrio e não conseguia sentar-se em posição ereta. Era essencialmente um acamado, devido também a falta de recursos na rede de apoio para tirá-lo da cama-prisão.

Nos apresentamos para ele e seu irmão Bruno, único familiar presente no cômodo. Prazer, psicóloga, enfermeira, médico e agente comunitária de saúde. Agora falem de vocês. Fale da doença. Escutá-lo foi muito mais difícil do que eu poderia imaginar. Mais difícil ainda porque me colocava a imaginar como seria estar no lugar dele. Comparar nossas vidas parecia extremamente injusto, mas inevitável. Ele tinha minha idade, mas um abismo social nos separava.

Passei a visitar Arthur semanalmente. Encontrava-o sempre da mesma maneira: deitado no escuro, sozinho. Seu irmão abria a porta para a equipe, mas não se comunicava conosco, limitando sua participação nas visitas à tarefa de segurar Bob, o cachorro, e ajudar a enfermeira quando era necessário para a troca de curativos. Aquela cena se repetiu por alguns meses. Como as profissionais do PAD, também sentíamos, enquanto equipe da unidade de saúde, que pouco avançávamos. As tentativas de sensibilizar a família para fazer os movimentos necessários pareciam ter pouco ou nenhum efeito. Em relação a sua saúde, também observamos a dificuldade da família de seguir as orientações nutricionais e de prevenção de escaras, não faziam as mudanças de posição da cama e ofereciam refeições compostas principalmente por alimentos ultraprocessados e pouco nutritivos, como “miojo” e sanduíches de mortadela e margarina.

Ao longo do tempo, fui observando Arthur cada vez mais magro, pálido e entristecido; enquanto seu irmão se mostrava cada vez mais distante durante as visitas, utilizando o celular e expressando pouca atenção às nossas conversas. Começaram a ocorrer situações em que não havia ninguém para abrir a porta quando chegávamos para a visita. Pelo telefone, conseguir contato com algum dos irmãos sempre foi muito difícil, mas passou a ser completamente impossível. Nunca atendiam. Era apenas com Arthur que eu conseguia falar, via *WhatsApp*. Sem maiores explicações, ele contava que os irmãos estavam todos saindo durante o dia, deixando-o sozinho em casa sem condições de nos receber, pois não conseguia se movimentar.

A situação foi se agravando até que não conseguimos mais entrar na casa nem fazer contato com a família. Em discussões de equipe de referência se levantavam hipóteses: se teriam se mudado, se Arthur teria ido morar com outra pessoa e a pior, a dúvida se algo mais grave poderia ter ocorrido. Com o tempo passando, ficava evidente que sua saúde não poderia estar bem, pois além da percepção de que já não estava bem quando estávamos conseguindo visitá-lo, havia passado da data em que deveria retirar os fixadores externos e o duplo J, que tanto o incomodavam, mas não havia registros em nenhum hospital expressando que tivesse consultado. Havia grave risco de infecção e desnutrição. Chegamos a questionar os vizinhos, mas nenhum parecia saber muito sobre a vida daquela família, que pouco circulava no território. Decidimos que em uma nova tentativa de visita, passaríamos do primeiro portão para tentar falar com ele através da porta, tentar enxergar se ainda havia alguém ali dentro.

Primeiramente, como sempre, batemos palmas na frente do portão. Já fazia um tempo que a resposta para esse chamado era o silêncio. Fui eu quem avançou no pátio em direção àquela porta. Contemplei a possibilidade de retirar aquele papelão e abri-la eu mesma, contra todos os limites que conhecia, mas não o fiz. Bati na porta preocupada, pensando no pior. Me assustei quando Bob correu e se jogou contra a porta, latindo. O barulho foi tão alto que parecia que ele ia atravessar aquela barreira que nos separava. Um alívio: não haviam se mudado. Gritei por Arthur, avisando que era a psicóloga da unidade de saúde, querendo saber como ele estava. Demorou um pouco pra alguém responder, já estávamos achando que não tinha ninguém ali, além do cachorro. A voz de Arthur soou baixa, cansada.

Contou que Bruno tinha entrado para o quartel, e desde então estava ficando sozinho em casa todos os dias. *Estou bem*. Pensei na desnutrição, que já era aparente há meses – como estaria se alimentando ao longo do dia se não conseguia sair da cama? *Eles deixam comida do lado da cama*. E as consultas no hospital? Já fazia meses que Arthur deveria ter retirado os fixadores externos e o cateter duplo J. *Minha irmã disse que ia ver*. Seguimos tentando, pelo telefone, fazer contato com os irmãos de Arthur, obedecendo aos horários que ele dizia serem os melhores para tentar. Eram pelo menos cinco números diferentes que constavam em seu

prontuário, para os quais ligamos quase todos os dias, sem sucesso. Dado os riscos que se apresentavam pela evidente negligência no seu cuidado, foi necessário recorrer à Promotoria dos Direitos Humanos. Foi a partir desta intervenção que finalmente, após meses, conseguimos entrar na casa.

Arthur estava no mesmo lugar de sempre, na cama. Na mesma posição de sempre, deitado com a barriga para cima. A casa estava igual, escura. Seu corpo, mais magro ainda. Sua pele, extremamente pálida. As escaras, ainda mais profundas. Uma infestação de formigas circulava pela ponta do colchão, próxima aos pés, onde se encontravam as maiores feridas. Quando nos viu, começou a chorar intensamente. Pouco nos disse, deixando que as lágrimas se comunicassem por ele.

A partir daquele momento, tudo correu muito rápido. Sua condição era gravíssima, suspeitávamos de sepse. Através de muitas ligações e exceções na burocracia normal da rede de saúde, Arthur conseguiu uma vaga de internação hospitalar. No meio do processo, estivemos muito mais próximos da família, que passou a responder aos contatos e estar presente para as visitas. Foi necessário desconstruir a primeira ideia que se criou de que a presença da Promotoria teria um lugar de “criminalizar” a família, para poder se expressar o lugar de cuidado que tentávamos ocupar. Quando ainda tentavam justificar toda aquela cena que encontrávamos, pude ouvir um pouco mais de Brenda, que finalmente expressou o que pensava sobre toda aquela situação.

“Ele fez as escolhas dele, está desse jeito porque quis.”

Nos corredores do hospital, ecoou a surpresa da equipe de saúde que o recebeu: *“se ele tivesse ficado em casa mais alguns dias, teria morrido”*.

a casa-prisão **isolamento social**

Marcela só sai de casa para trabalhar. Faz quase dois anos que não vai a um bar com as amigas, a uma praça com seus filhos ou a um churrasco na casa da mãe. Não pode buscar ou levar os filhos na escola, porque nos portões de entrada e saída encontraria com muitas pessoas. Não utiliza transporte público, pois seu corpo poderia roçar no de outras pessoas. Não faz nem mais suas caminhadas pela cidade, que tanto lhe traziam paz. Sai de casa, entra no carro com o marido que a leva até a loja onde trabalha como vendedora. Na saída, repete esse processo, entrando no carro e voltando direto para casa. Todos os dias.

Na sua casa encontra muitos afazeres, mas estes já não lhe trazem o mesmo prazer de antes. Sempre deixa a cozinha limpa quando sai de casa de manhã, mas a encontra suja quando retorna, à noite. Lava a louça, limpa a cozinha, prepara a janta para o marido e as crianças. Tudo pronto, é hora de recolher as roupas que havia estendido na noite anterior –

ninguém mais o fez, mesmo elas já estando secas desde o início da tarde. Agora já está na hora de dar o banho nos filhos, o que faz com agilidade, pois sabe que se demorar muito a água de seu próprio banho não estará quente. Quando chega sua vez, já está muito cansada e pensa só no momento em que poderá deitar na cama. Então seu filho a lembra do tema de matemática que recebeu naquela manhã. Como as aulas estão suspensas, é ela quem tem que ensinar a matéria que é passada em apostilas. A escola deles não oferece aulas *online*, pois a maioria dos alunos não teria condições de assistir. Marcela se irrita só de pensar naquelas contas que ela própria pouco compreendia quando tinha idade escolar, mas não quer que os filhos fiquem atrasados no aprendizado, quer que eles tenham oportunidades melhores que as dela. Então senta, com paciência, ensina.

Finalmente deitada, Marcela não consegue dormir. A ansiedade chega e os pensamentos voam. Pensa como foi parar nessa situação. Sente-se culpada. Foi ela quem escolheu essa vida, então é isso que merece – pensa. Ela se colocou nesse lugar porque gosta disso, se não gostasse era só se separar – dizem os outros. Não é a pandemia que mantém Marcela em casa. Não são as correntes de *#fiqueemcasa* que a bombardeiam nas redes sociais. Quem lhe mantém nessa rotina de casa-trabalho é seu marido.

Os relacionamentos amorosos nunca iniciam com agressões. Quando fez sua escolha amorosa, Marcela acreditava que estava apaixonando-se por um homem carinhoso, trabalhador, cuidadoso. O ciclo de violência inicia na tensão: pequenas coisas, quase insignificantes, que geram grandes reações marcadas pela agressividade, humilhações e ameaças. Se essa tensão se agrava, vem o rompante. Uma noite de perda de controle, explosão, violência. Depois a calma, o pedido de desculpas, o carinho, a promessa de melhora.

Passou a tentar evitar tudo que poderia irritá-lo, na angústia de manter sempre tudo bem. Primeiro se afastou dos amigos, já não falava com eles nem pelas redes sociais, pois seu celular era constantemente verificado e até confiscado. Depois, se afastou da família – ele não gostava de sua irmã. Em seguida teve que abandonar os bicos como garçone: mulher que se respeita não trabalha à noite. Quando percebeu, só estava indo ao trabalho, mas nem podia fazer seu intervalo, pois ele a esperava no carro do outro lado da rua, olhando para a porta da loja. Não gostava dela circulando pela rua sozinha.

Em função da pandemia, ele, que antes ainda trabalhava como pintor e pedreiro, foi aos poucos perdendo todas as oportunidades de trabalho. Sem trabalho, ficava em casa, ocioso. Tinha cada vez mais tempo para observar Marcela. Queria que ela suprisse todas suas faltas, não suportava sua ausência. Passou a forçá-la a seguir sua rotina. As agressões aumentaram. Queria que ela fizesse todas as refeições junto com ele, mesmo que não estivesse com fome. Fazia questão de que ela utilizasse o banheiro de porta aberta, tinha

medo que ela usasse esse momento para ligar para outros homens escondida. Não gostava que ela passasse muito tempo com os filhos e inclusive mandava eles subirem para o quarto quando ela chegava do trabalho, pois achava que o tempo dela em casa lhe pertencia. Cobrava: um casal que se ama tem que fazer tudo junto.

Quando chegou à unidade de saúde, Marcela não buscava cuidado para si. Seu filho tinha questões clínicas para tratar e por isso começaram juntos a frequentar consultas quinzenais com o médico de família e comunidade. Nessas consultas, encontrou pela primeira vez um espaço seguro para falar um pouco sobre o que estava vivendo. A partir dessas conversas, aceitou a oferta de atendimento com a psicóloga, e foi assim que nos conhecemos. Na primeira vez que a vi, Marcela me expressava uma enorme melancolia. Parecia encolher-se na poltrona de atendimento, como se tentasse diminuir seu tamanho. Olhava para as mãos o tempo todo. Falava muito baixo, o que era agravado pela máscara que abafava sua voz. Para ouvi-la, muitas vezes precisava aproximar minha cadeira da dela, contrariando aquela recomendação de distanciamento que estampava um cartaz no corredor dos consultórios. Narrava sua história, não pelo começo, nem pelo meio, muitas vezes ia – voltava – repetia. Aproveitava cada minuto, cada segundo daquela oportunidade de ser ouvida. Vinha toda semana. Nunca faltava.

À medida que ensaiava ser ouvida, respeitada, compreendida, observei sua postura mudando a cada encontro. Já se sentava confortável e com segurança na cadeira, muitas vezes me olhando enquanto falava. Percebi que estava cada vez conhecendo mais sua voz, seu sorriso, sua potência.

Marcela só sai de casa para trabalhar. E agora para ir na unidade de saúde.

a casa de lixo **discussões de rede**

Em uma reunião de rede entre serviços da política de assistência social, discute-se o caso de Alberto, um homem de cinquenta e seis anos que trabalha com reciclagem. É alcoólatra e também faz uso recorrente de algumas outras drogas. É casado com Ana, com quem também mora, e a última vez que buscou o CRAS, ao qual é fortemente vinculado, foi para questionar sobre como poderia interná-la, pois ela estaria “surtando” e quebrando todas as coisas em casa. Geralmente era em função de Ana que Alberto aparecia no serviço, sem trazer quaisquer outras questões.

O motivo da discussão do caso, entretanto, não é para pensar nas demandas que ele traz, mas sim aquelas que são identificadas pelas profissionais. Alberto mora em uma casa de compensado em uma encosta na comunidade, construída por ele próprio. Ao lado da casa corre uma rede de esgoto a céu aberto. A construção é irregular, em terreno ocupado e

impróprio para moradia. Não possuem banheiro. Para banhar-se, Ana precisa caminhar até a casa da mãe, o que leva aproximadamente trinta minutos em função da distância. Já Alberto por vezes procura um banheiro comunitário em um dos serviços de assistência social. Ambos utilizam de um balde para as necessidades fisiológicas.

Em função do trabalho com reciclagem, o pátio da casa é o local onde Alberto separa e estoca o material recolhido. Com frequência os vizinhos que moram nos arredores têm buscado as profissionais do CRAS para reclamar que o “lixo” de Alberto tem atraído ratos, baratas, pulgas, carrapatos e outras “companhias indesejadas” para a região, além do mau cheiro que emana da propriedade. A expectativa é de que o serviço “resolva” esse problema, já que é difícil de ignorá-lo.

Somando-se a isso, Alberto está com sífilis e não tem feito o tratamento. Apesar das inúmeras tentativas de sensibilizá-lo a procurar a unidade de saúde para tomar as medicações, ele nunca comparece aos atendimentos agendados. Durante o dia, horário em que a unidade de saúde está aberta e funcionando, Alberto costuma estar na rua trabalhando com a catação. Em função disso, não é fácil encontrá-lo em uma visita domiciliar e mais difícil ainda é ele ir até o serviço. Na maioria das vezes, para encontrá-lo é preciso ir para a rua, pois naquela casa ele pouco pára. Ainda bem.

a casa cheia/vazia **desamparo**

São cinco crianças, das mais diversas idades, que habitam essa casa. A história da mãe, que chamarei de Capitu, recomeça no dia em que desceu do ônibus com os filhos em uma manhã de inverno em um novo território, para viver uma nova vida. Cada um carregava consigo uma mochila com mudas de roupa. O filho mais velho segurava uma sacola grande, pesada, contendo todos os itens de cozinha que conseguiram pegar às pressas.

Capitu conseguiu interromper o ciclo da violência. Na manhã da decisão, pegou tudo o que podia e entrou no primeiro ônibus para o único lugar que conseguiu pensar: o lugar mais distante possível. Foi de uma ponta a outra da cidade. Caminhou pelas ruas, sem saber muito bem onde estava, mas decidida do que procurava. Questionando quem passava, encontrou uma casa para alugar que talvez fosse viável com o valor que arrecadou vendendo doces no mês anterior. Teria como sustentar sua decisão por um mês, não era o ideal, mas era sua única opção.

Chegou à unidade de saúde quase desistindo. Pensava em morrer. Contou que não aguentava mais “ser um fracasso”. Não tinha alimentos para oferecer para os filhos, fazia semanas que estavam sem mistura. Em meio a uma pandemia, se via tendo apenas um sabonete na casa, que também era o que tinha para lavar os cabelos de todos, pois era mais

barato que shampoo e condicionador. Não podia sair para procurar emprego, pois não conseguia vaga em creche para o filho mais novo e não tinha com quem deixá-lo.

Não existe linearidade nessa história. Onde começa o ciclo de violência intrafamiliar? Se voltarmos à história familiar, encontramos diversas repetições. Capitu é filha de uma mulher negra, que foi levada para a cidade grande ainda adolescente, parte de uma prole de outros quinze. Vendia seu corpo para ter o que comer, pois em casa só os pequenos tinham o direito de comer de graça. Engravidou algumas vezes, e com essas crianças, reproduziu o que a vida havia lhe ensinado: o abandono.

Capitu foi parar na casa do pai. Já era homem criado, mas não queria criar ninguém. Novamente um abandono, desta vez acabou com a avó paterna. A avó era mulher endurecida pela vida, trabalhava em casa de família todos os dias e assim era a principal provedora da família. Com ela, Capitu ouviu um “sim” pela primeira vez em sua curta experiência na terra. Assim conheceu o afeto, cresceu. Na vida adulta, seguiu o roteiro que lhe havia sido escrito. Casou-se com o homem que lhe pareceu mais adequado: tinha uma casa e um trabalho, dizia-lhe palavras bonitas.

As agressões começaram logo que viraram pais. Ele tinha ciúmes até do filho. Bebia, abusava da cocaína, batia e violava. Capitu continuou porque todos lhe diziam como aquele homem era bom para ela, proporcionava-lhe uma casa, estabilidade. Chegou a acreditar que estaria fazendo mal aos seus filhos, pois diziam que uma separação poderia ser traumática para eles. Ficou. Tentava ao máximo trazer afeto e calor ao lar, apesar do clima de violência que reinava. Sempre que podia, chamava os filhos para um abraço, fazia um bolo para agradar, tirava a sesta da tarde deitando-se com eles. Não era sempre que podia, pois o marido não gostava que “ficassem muito perto” e “se acariciando” – que era como ele chamava esses momentos de afeto.

Quando as agressões passaram a atingir também os filhos, Capitu deu um basta. Perdeu a casa, a comunidade, o emprego e toda e qualquer referência, pois aquela era a única realidade que conhecia. Já não tinha mais a mãe, que havia falecido há um ano. Viu-se sem rede de apoio alguma, tinha apenas os filhos. Trabalhava com a confecção e venda de bolos e doces artesanais, atividade pela qual era apaixonada. Tinha há pouco tempo comprado uma bateadeira profissional, seu sonho de consumo, mas teve que vendê-la para usar o dinheiro na mudança. Jurou para si mesma que nunca mais ia fazer um bolo.

Em sua nova vida, Capitu encontrou espaço para sangrar as profundas feridas que se criaram em mais de quinze anos de violências. Deprimiu-se. Sentia-se feia, desagradável, repulsiva. Repetia o discurso que foi depositado sobre ela durante tanto tempo. Gostava muito de usar a máscara, pois achava bom esconder o rosto. Passou a evitar contato com outras pessoas, pois sentia-se observada e julgada. Isolou-se em casa. Frequentava a

unidade de saúde quando podia, buscando especialmente nos momentos em que os sentimentos se agravavam.

O mesmo sofrimento que a levou para fora passou a levá-la para dentro.

os escombros **parou o trânsito**

Hoje estava chegando na unidade de saúde, um pouco atrasada porque fiz questão de tomar um café antes de sair de casa. No conforto do meu carro, ouvia uma música animada, queria estar bem acordada para tornar minha manhã de trabalho mais produtiva.

A rua que passo todos os dias para chegar no trabalho estava bloqueada. Uma viatura do EPTC e alguns cones sinalizavam o bloqueio.

Caiu uma casa. No meio da rua.

Uma casa de madeira, construída sobre o barranco. Desmoronou depois de uma madrugada de muita chuva.

Uma mulher idosa, duas de suas filhas, seis netos menores de idade. Agora todos sem casa.

considerações finais

As histórias aqui narradas estiveram entre as tantas que mobilizaram meu processo formativo na residência. Descrevi encontros e desencontros com usuários que me inspiraram a também desencontrar os formatos acadêmicos, tradicionais e rígidos de escrever um trabalho de conclusão para me encontrar com as narrativas. Fundamentada por autores como Onocko Campos e Furtado (2008), Ricoeur (1997) e Leal (2006), pude recorrer a minha própria memória de um período em que o país, que já estava em crise econômica e social, foi atingido ainda por uma pandemia que o levou a um estado de calamidade pública.

Trouxe esses contos sem a pretensão de entregar uma análise ou uma pesquisa, pois, na tentativa de utilizar as metodologias tradicionais, não senti que estas seriam suficientes para compreender os dilemas e impasses com os quais me deparei na prática. Foi a partir do uso de um “olhar narrativizante” sobre a realidade da vida cotidiana com a qual estive trabalhando durante a residência, que refleti e compreendi o meu trabalho, almejando também suscitar essa reflexão e compreensão para o leitor.

Comecei meu texto com uma pergunta que aqui gostaria de retomar: afinal, quem pode ficar em casa? Não esperava entregar uma resposta pronta ou de fácil digestão, mas provocar uma reflexão que não termina com o término da leitura, mas reverbera, incomoda.

Uma reflexão que leve para outras perguntas. Será que todos os brasileiros têm condições iguais para ficar em casa? E as casas, como são? São todas iguais ou existem enormes diferenças? Será que todos têm uma casa para ficar? Por que alguns têm várias e outros não têm nenhuma? Com as crianças em casa, sem escola, será que mulheres e homens dividiram igualmente as tarefas domésticas e os cuidados com os pequenos? E para as mulheres pretas e pardas, será que a carga foi a mesma? Será que todos vivem em relações harmoniosas dentro de suas casas? Como será que aqueles que vivem situações conflituosas com os familiares vivenciaram a convivência aumentada devido ao confinamento?

Penso nas histórias que aqui não couberam. Elisa, que frequentemente procurava a unidade de saúde devido à falta de alimentos para os filhos. Janice, mulher preta que não tinha nenhuma rede de apoio familiar e não conseguia emprego porque sempre levava a filha junto nas entrevistas, por não ter com quem deixá-la. Alex, que vendia água na sinaleira, embaixo de sol e de chuva, para auxiliar a família com as contas. Márcia, que sempre reclamava de fortes dores na coluna e precisava, aos setenta anos de idade, dormir no sofá da casa do ex-marido por não conseguir pagar o próprio aluguel. Soraia, que trabalhava na limpeza de uma clínica médica particular em um bairro nobre da cidade, mas era obrigada a pagar pelo próprio EPI e tinha crises de pânico no caminho do trabalho pelo medo de contaminar o filho asmático. Neuza, que trabalhou a vida inteira como catadora, mas teve a aposentadoria negada no INSS. Entre tantas outras.

Não foi fácil o processo de escrita deste trabalho. Muitas vezes me vi imobilizada pela grande responsabilidade que sentia em falar da vida de pessoas reais que cruzaram meu caminho, sentindo que não havia palavras capazes de transmitirem de forma justa suas subjetividades e singularidades. Dessa forma, posso dizer que o que conclui esse texto não é um fim em si, mas uma necessidade que é o prazo de entrega. No que diz respeito às histórias, elas seguirão vivas e se repetindo nas casas brasileiras enquanto não olharmos para o que fica invisível na nossa sociedade, exigindo políticas públicas pensadas e voltadas para aqueles que precisam.

minha casa **epílogo**

É curioso que escrevo essas considerações finais em um momento de isolamento próprio, em função de uma suspeita de covid-19, na espera de ser confirmada ou descartada a partir de um teste. Mais um teste. Não posso sair de casa, então aproveito para escrever. Escrevo no meu notebook, que comprei no primeiro ano de pandemia. Já não estava mais dando para aguentar aquele velho que ganhei de aniversário de quinze anos, que não era mais funcional para tudo que a vida pandêmica estava exigindo do universo tecnológico e *online*.

Utilizo uma internet de qualidade e rápida, que me possibilita o acesso às diversas bases científicas que embasam minha escrita.

Enquanto escrevo, estou sentada à minha escrivaninha, no canto do meu quarto. Bebo um café com leite, daqueles cafés um pouco mais caros – achei que merecia por estar na “reta final” da escrita. Escuto o barulho dos carros lá fora, passando na grande avenida, mas nada mais, porque moro sozinha. Minha cama ainda está bagunçada de uma manhã bem dormida. Não faz muito tempo que almocei. O armário está cheio, graças a uma ida ao mercado no início dessa semana, então penso o que vou escolher para o lanche da tarde. Talvez umas uvas.

Melhor parar por agora, me permitir o resto do dia de descanso, pois amanhã acordo cedo para mais um dia de trabalho.

Referências

BRASIL. Governo Federal. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020**. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 08- COE Coronavírus**. 2020, 09 de abril. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf> . Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o COVID-19**. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, p. 44-46, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 5 out. 2020.

BRUM, Eliane. **O olho da rua: uma repórter em busca da literatura da vida real**. Porto Alegre: Arquipélago Editorial Ltda, 2017.

LEAL, Bruno. Saber das narrativas: narrar. **Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 19-27

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n6/1090-1096/pt/>. Acesso em: 5 out. 2020.

PERET, Eduardo; NERY, Carmen. Renda do trabalho do 1% mais rico é 34 vezes maior que da metade mais pobre. **Agência IBGE Notícias**, 16 out. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

noticias/noticias/25702-renda-do-trabalho-do-1-mais-rico-e-34-vezes-maior-que-da-metade-mais-pobre. Acesso em: 5 out. 2020.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa**. Campinas: Papirus. v.1, 1997.

ROESE, Adriana et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas.

Online braz. j. nurs.(Online), 2006. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29125>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

Importância do trabalho da equipe Nasf-AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos usuários de uma US do Serviço de Saúde Comunitária – SSC/GHC

Jones Deivis Carvalho Heidmann, Maria Leni Padilha

Resumo

O cenário de pandemia de covid-19 associado ao desmonte da política de saúde pública e ao desfinanciamento do modelo de equipe Nasf-AB configuraram como os elementos centrais disparadores que contribuíram para as inquietações que orientam a trajetória do estudo. Como objetivo central, busca-se avaliar se houve, ou não, contribuições da equipe Nasf-AB, de uma Unidade de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos usuários cadastrados na respectiva US. Dessa forma, o estudo foi idealizado partindo de um recorte de tempo de 12 meses, de março de 2021 a março de 2022, onde cada profissional da equipe Nasf-AB (Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) indicou 5 prontuários de família de usuários que acompanharam nesse período. Desse universo de prontuários (20), após exaustivo estudo das evoluções eletrônicas, cerca de 8 prontuários, 2 por núcleo profissional, foram selecionados para etapa de coleta de dados no campo. O critério de seleção de prontuário de família para o estudo compreende o perfil de usuário adulto alfabetizado, além de quantitativo de vezes de acesso ao serviço. Utilizou-se técnica de entrevista e aplicação de instrumento no formato de questionário semiestruturado. O estudo apresenta característica de pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva. Na etapa de análise e interpretação dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo de Bardin categorial. Definiu-se como problema de pesquisa: eventual desconhecimento (pelos usuários ou equipe mínima ou ambos) sobre o trabalho da equipe Nasf-AB para o enfrentamento da pandemia de covid-19. Os resultados obtidos com o estudo indicam que houve significativas contribuições para o enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos usuários acompanhados, bem como indicador favorável de satisfação com as ações e intervenções promovidas por cada profissional em sua especificidade de atuação.

Palavras-chave: APS; covid-19; Nasf-AB; pandemia.

Introdução

O presente estudo representa a materialização da pesquisa pensada a partir das inquietações surgidas no período de residência multiprofissional em saúde na condição de “residente de serviço social”, no Programa Saúde da Família e Comunidade (SFC), componente do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O momento histórico em que foi realizada a formação aconteceu no segundo ano da pandemia de covid-19. Pudemos vivenciar, nesses dois anos, o impacto da pandemia na forma de organização da sociedade, que levou a uma alteração no modo e condição de vida da população, bem como na reorganização dos serviços de saúde. Vivenciar uma situação de calamidade pública nos trouxe muitas reflexões sobre como seguir ofertando um atendimento integral à saúde da população.

Os efeitos catastróficos da pandemia impactaram profundamente a saúde da população

e a prestação da assistência à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os efeitos da pandemia na US repercutiram nos processos de trabalho promovendo importantes mudanças. As inúmeras restrições impostas pela pandemia de covid-19 levaram a várias ações, exigindo tomada de decisões nas diferentes instâncias, o que impactou diretamente a promoção, prevenção de agravos e proteção da saúde e também os processos de trabalho. A US na qual realizou-se o estudo compõe o grupo de doze unidades de saúde juntamente com o serviço Consultório na Rua, o hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital da Criança Conceição, os hospitais Cristo Redentor e Fêmina. Conta ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA Moacyr Scliar, três Centros de Atenção Psicossocial (Caps I, Caps II e Caps ad III) e a escola GHC, espaço de formação e ensino em saúde.

A idealização da pesquisa, assim como o tema do estudo, surgiram a partir das reuniões de equipe que ocorrem semanalmente, momento esse em que se reúnem os profissionais da equipe mínima e da equipe de retaguarda. A equipe de retaguarda na US é composta pelos profissionais de saúde dos núcleos de psicologia, nutrição, terapia ocupacional e serviço social, cujas profissões conformam a atual equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Nessas reuniões, ouvia-se entre uma e outra fala, que o Nasf-AB, em cuja tipificação de modelo de equipe o residente de serviço social havia recentemente ingressado, já estava falido ou extinto em decorrência de ausência de financiamento. A iminência de extinção desse modelo de equipe foi determinante para a definição do tema de pesquisa.

O intuito do estudo foi aprofundar o conhecimento sobre o Nasf-AB e investigar junto aos usuários atendidos por essa equipe, o impacto das ações, mediações e intervenções dessa equipe direcionadas a esses usuários no período de pandemia de covid-19, momento histórico caracterizado por grande crise sanitária, social, política e econômica no país. Diante da necessidade de perceber qual a forma de acesso dessa população que busca atendimento no Nasf-AB e como suas necessidades são atendidas, resultou a seguinte proposta para o Problema de Pesquisa:

- Eventual desconhecimento (pelos usuários ou equipe mínima ou ambos) sobre o trabalho da equipe Nasf-AB para o enfrentamento da pandemia de covid-19 na APS.

Para responder a algumas inquietações, tem-se como Objetivo Geral:

- Qual a opinião dos usuários acompanhados pela equipe do Nasf-AB sobre o trabalho que é desenvolvido pela equipe e se identificam nele contribuições para o seu enfrentamento da pandemia de covid-19?

Partindo desse objetivo central, elencaram-se os Objetivos Específicos a seguir:

- Descrever e divulgar o trabalho realizado pela equipe Nasf-AB no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social durante a pandemia de covid-19;
- Dar visibilidade às contribuições (se houve) da equipe Nasf-AB no enfrentamento

das múltiplas expressões da questão social percebidas nos atendimentos/acompanhamentos dos usuários na pandemia de covid-19;

- Identificar que percepção os usuários cadastrados/as na USBB têm sobre o trabalho da equipe Nasf-AB;

- Identificar qual expectativa a população usuária tem em relação ao papel do Nasf-AB no processo de cuidado em saúde.

Os objetivos geral e específicos possuem importante relevância para o estudo, cuja intencionalidade, após resultado alcançado, é contribuir para qualificar ações e processos de trabalho do Nasf-AB, visando garantir a assistência e o cuidado em saúde, bem como a materialização dos atributos da APS.

Contexto histórico do Nasf-AB

Em 2006 surge a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011 ocorre sua reedição e no ano 2017 é novamente atualizada. A nova PNAB traz importantes mudanças e retrocessos na prestação de assistência em saúde para a população, como apontam Melo et al. (2018, p. 41):

Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento.

Em 2008, através da Portaria nº 154, o Ministério da Saúde – MS cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Os artigos 1º e 2º da respectiva portaria determinam que a implantação do Nasf objetiva, dentre outras atribuições, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família, na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica, e estabelece que o Nasf deve se constituir por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuar em parceria com os profissionais da estratégia de Saúde da Família, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilização sanitária. Conforme indica a portaria, o Nasf não se constitui em porta de entrada do SUS e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família sob orientação da responsabilização sanitária compartilhada na comunidade, revendo a prática do encaminhamento orientado pelo processo de referência e contrarreferência, visando um processo de acompanhamento longitudinal, fortalecendo dessa forma, os atributos da Atenção Básica, a qual detém o papel de coordenação do cuidado no SUS, assim como a longitudinalidade do

cuidado e a prestação de serviços diretos à população adscrita. De acordo com a legislação específica, a classificação do Nasf varia entre as modalidades 1 e 2.

Para fins de repasse de recursos federais, a composição mínima para o NASF 1 é de um mínimo de cinco profissionais de nível superior, e para o Nasf 2, de três profissionais de nível superior, cujas profissões constem no Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. A nova PNAB, aprovada através da Portaria nº 2.436/2017, estabelece a revisão das diretrizes de organização para o modelo de atenção. Entre as mudanças, o Nasf é rebatizado como Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. A equipe Nasf-AB pode ser formada por diferentes núcleos da área da saúde e deve, dessa forma, atuar de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos demais profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e Atenção Básica (eAB), através da realização de trabalho horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo o compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado em saúde em rede, bem como a realização de educação permanente segundo a lógica da APS, a qual estabelece o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, a fim de promover, prevenir e proteger os cidadãos/ãs, bem como garantir acesso ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à vigilância em saúde, entre outras ações que devem ser realizadas no território, cujas equipes assumem sua responsabilização sanitária.

Conforme a PNAB (2017), compete ao Nasf-AB especificamente: participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que estão vinculadas; contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros, no território sob sua responsabilização, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população adscrita. Cerca de dois anos após a publicação da nova PNAB, o MS apresenta novo programa para a APS, carregado de mudanças que alteram as formas de repasse das transferências para os municípios, ocasionando perdas importantes no financiamento de ações e serviços prestados para a população.

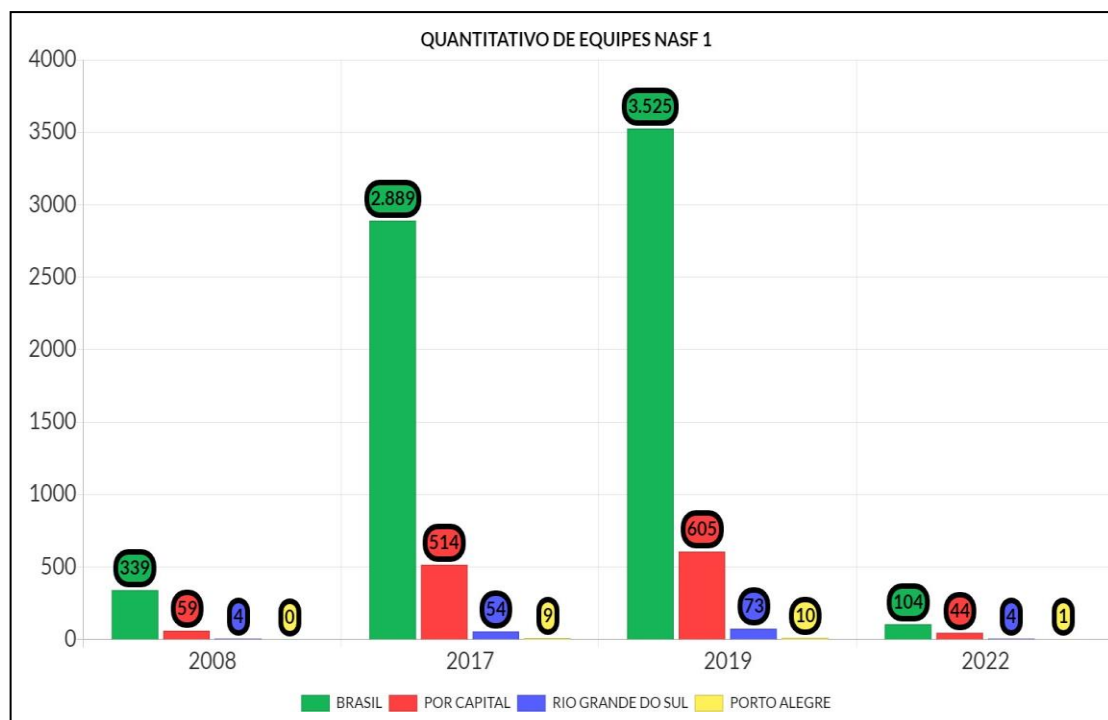
Desmonte do Nasf-AB e APS

Em 12 de novembro de 2019, foi instituído, através da Portaria nº 2.979/19, o Programa Previne Brasil – PPB, o qual estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, e revoga importantes instrumentos normativos que impactam diretamente na manutenção das equipes Nasf-AB pelos gestores municipais, além de determinar que o financiamento federal da APS seja calculado e constituído pelos seguintes indicadores: I - Captação ponderada: Que considerará a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) inseridas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica compreendido como aquelas que acessam programas e benefícios sociais como o antigo Programa Bolsa Família (PBF), atualmente denominado Auxílio Brasil, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), ou outros benefícios previdenciários com valor máximo de até dois salários mínimos; e perfil demográfico por faixa etária que contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e classificação geográfica definida conforme o Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE, servirá de critério de classificação geográfica observada a tipologia rural-urbana definida pelo Instituto; II - Pagamento por desempenho: O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cumprimento de meta para cada indicador por equipe, e condicionado ao tipo de equipe, de acordo com os seguintes indicadores: a) processo e resultados intermediários das equipes; b) resultados em saúde; c) globais de APS; III - Incentivo para ações estratégicas: O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar a) as especificidades e prioridades em saúde; b) os aspectos estruturais das equipes; c) produção em ações estratégicas em saúde.

O PPB considera para fins de custeio a pessoa assistida e prevê financiamento de forma exclusiva para equipes eSF ou eAP, permitindo, ainda, credenciamento de novas equipes no SCNES, excluindo desse processo de credenciamento e custeio a modalidade Nasf-AB. Em janeiro de 2020, foi publicada pelo MS a Nota Técnica nº 3, instrumento legal que foi direcionado ao Nasf-AB. Após as mudanças no financiamento e a desvinculação das equipes multiprofissionais à tipologia Nasf-AB, os gestores municipais passaram a ter autonomia para comporem equipes multiprofissionais de acordo com sua realidade e necessidade, possibilitando dessa forma, determinar desde carga horária, núcleos profissionais, entre outros arranjos para compor novas modalidades de equipes multiprofissionais, conforme situação sanitária e epidemiológica da população no município.

De acordo com tal nota, os profissionais podem ser cadastrados diretamente nas eSF ou eAP, ampliando, assim, a composição mínima dessas equipes. O impacto dessas mudanças contidas na Portaria nº 2.979/19 e na Nota Técnica nº 3/20 barrou, inclusive, o credenciamento de novas equipes Nasf-AB junto ao MS no ano de 2020, porém no ano seguinte, a Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, garantiu o registro de novas equipes Nasf-AB no CNES e trouxe nova classificação para a equipe. Conforme o texto, fica incluído, dentre outras equipes da APS e Saúde Mental, a eNasf-AB – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária, excluindo as tipologias anteriores. A Portaria nº 37/21 permitiu credenciamentos de novas equipes, então eNasf-AB, todavia sem qualquer incentivo de financiamento federal para estimular gestores municipais a constituir novas equipes. O PPB dá autonomia aos gestores municipais e estaduais na aplicação dos incentivos federais de financiamento para a saúde, desde que sejam destinados a ações e serviços da APS. No Rio Grande do Sul, a gestão estadual criou para a APS, o Projeto Rede Bem Cuidar – RS. Esse projeto estadual objetiva estimular que gestores municipais constituam equipes multiprofissionais com apoio financeiro mensal do Estado na manutenção dessas equipes. O gráfico a seguir apresenta brevemente o quantitativo de equipes Nasf desde sua criação em 2008 até o mês de agosto de 2022, data da coleta de dados na plataforma Tabnet.datasus. Através do gráfico, é possível visualizar o desmonte acelerado do Nasf-AB no Brasil a partir do ano de 2019, ano em que o atual governo assume a presidência.

Gráfico 1—Quantitativo de equipes Nasf-AB.



Fonte: Tabnet - Datasus. Gráfico elaborado pelo autor.

Como pode ser percebido, em janeiro de 2019, registrou-se o maior número de equipes Nasf-AB no país, mesmo ano em que o governo federal lançou o Previne Brasil, programa que retirou o financiamento desta modalidade de equipe, repercutindo no seu declínio nos anos seguintes. O que se tem atualmente de equipes atuantes na APS é insuficiente para a realidade das demandas que chegam nas US. Faz-se necessário o retorno do financiamento, bem como a ampliação de todas as unidades de saúde do país, para melhor qualificar a assistência à saúde na APS.

- 2008 – Ano de criação do Nasf/Portaria nº 154
- 2017 – Reedição da PNAB
- 2019 – Publicação do Programa Previne Brasil
- 2022 – Contexto de Pandemia de Covid-19 - Quantitativo de equipes Nasf-AB

Rede Bem Cuidar RS

Em 29 de agosto de 2021, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul instituiu o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS), através do Decreto Estadual nº 56.061. Direcionado aos municípios gaúchos, tal programa visa ao fortalecimento e à qualificação da APS no âmbito do SUS, por meio de acompanhamento sistemático e repasse de recursos financeiros para fins de custeio e investimentos em serviços e ações de saúde, através dos seguintes componentes: I - sócio demográfico; II - incentivo para as equipes da Atenção Primária à Saúde; III - incentivo à Promoção da Equidade em Saúde; IV - incentivo ao Primeira Infância Melhor; e V - estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Através do lançamento do PIAPS, o governo do Estado, através do Decreto nº 56.061 instituiu na sua estrutura a Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS). Trata-se de um projeto que tem como meta integrar gestores municipais, gestão estadual, trabalhadores da saúde e comunidades gaúchas no fortalecimento dos atributos da APS. A RBC/RS será custeada por recursos do Tesouro do Estado do Rio Grande do Sul e ambiciona alcançar entre seus objetivos: Fomentar as relações de confiança, de compromisso e de vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores; Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de covid-19, a partir das demandas do território evidenciadas pelos usuários.

Para a adesão dos municípios ao projeto, é necessário atender alguns critérios como, por exemplo, indicar uma equipe de eSF homologada e completa com eSB vinculada. Essa equipe indicada deverá contar com outros profissionais que somem 60 horas semanais, contemplando, pelo menos, duas categorias profissionais distintas, dos núcleos de educação física, terapia

ocupacional, serviço social, fonoaudiologia, profissional com formação em arte e educação e sanitaria cujas atividades sejam direcionadas exclusivamente para a comunidade juntamente com os profissionais da eSF.

A composição poderá conter ainda nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, profissionais que irão trabalhar e desenvolver ações durante as 40 horas semanais da equipe mínima. Ou seja, um nutricionista pode estar vinculado a 20 horas, o fisioterapeuta, a mais 20 horas, e o farmacêutico e um psicólogo, a mais 10 horas cada um. A conformação dessa equipe multiprofissional deverá ser de acordo com as necessidades locais.

Pandemia de covid-19

No Brasil, a pandemia de covid-19 foi oficializada em 11 de março de 2020, e ainda está em curso, porém com menos restrições e maior flexibilização. O país conta hoje com uma população relativamente imunizada, pois a campanha de vacinação contribuiu para a redução e prevenção das internações hospitalares e dos óbitos por covid-19. O país acumulou, até 06 de outubro de 2022, conforme o painel Covid, 34.707.233 casos e 686.706 óbitos causados por ou em decorrência do agente infeccioso.

A covid-19 desencadeou repercussões desiguais entre os países, assim como no Brasil, e seus efeitos tiveram desdobramentos singulares entre regiões e estados brasileiros. Em termos globais, o Brasil passou a ocupar o segundo lugar em número de casos e óbitos, atrás dos Estados Unidos e seguido pela Índia como os três países com mais casos e óbitos totais (Freitas et al., 2020, p. 284). Esta triste constatação de segundo lugar no número de casos e de óbitos por covid-19 está implicitamente relacionada com o histórico desfinanciamento do SUS e com o sucateamento dos equipamentos de saúde em diferentes níveis de complexidade, dos impasses e dissenso entre governo federal e gestores estaduais, mas, principalmente, decorre da incapacidade técnica e da ingerência federal no planejamento de ações eficazes e na condução cooperativa e harmônica da crise sanitária juntamente com as unidades federativas, para, em consenso, agir para prevenir, tratar e recuperar os acometidos pelo vírus. Ações dúbias marcaram a conduta no enfrentamento da pandemia de covid-19, por meio dos órgãos responsáveis, orientadas por uma visão sem respaldo técnico e científico do então presidente do país.

Outro problema foi a coordenação federal sem sincronia com estados que objetivassem mitigar os impactos letais do vírus em nossas vidas, e principalmente, alinhar planos de ação e logísticos para aquisição de insumos, equipamentos e vacinas, que retardaram a estabilização e redução de casos e óbitos por covid-19 no país. A compra de equipamentos emergenciais como respiradores, oxímetros, máscaras e seringas entre outros insumos necessários no combate à

pandemia, promoveu, internamente, um cenário de grande competição global, levando estados e municípios a implementarem suas próprias soluções, muitas vezes competindo entre si (Freitas et al., 2020, p. 289).

É possível inferir que a tragédia nacional poderia ter sido minimizada, que o elevado número de óbitos poderia ter sido outro se os envolvidos diretamente na administração pública tivessem desenvolvido ações e medidas em consonância com o que foi implementado em outros países que obtiveram resultados menos catastróficos como os constatados na Nova Zelândia, por exemplo. Em geral, na América Latina, os países:

Brasil, México e Nicarágua são os países que subestimaram a Pandemia, priorizando a economia em detrimento da saúde. O caso mais visível é o do Brasil, onde o presidente decidiu explicitamente não liderar a luta contra o Covid-19 e foram os governadores dos estados que promoveram medidas de confinamento não obrigatório e cessação de atividades, exceto as essenciais (Tobar; Linger, 2020, p. 200).

Essa nova realidade impôs sérias restrições de acesso aos serviços ofertados na US para os usuários, alterando, desse modo, processos de trabalho e a assistência direta. Suspensão de agenda por tempo indeterminado para novos casos envolvendo as equipes mínima e Nasf-AB, atendimento para consultas dia, execução de atividades das ações programáticas, atividades coletivas tais como: grupos de mulheres, grupo de saúde mental, grupo de tabagismo, programa saúde na escola, ações de promoção de saúde no território, visitas domiciliares entre outras ações suspensas. O momento exigiu que a atenção e a assistência em saúde fossem prioritariamente direcionadas aos usuários sintomáticos respiratórios. O cenário de pandemia acentuou e evidenciou as expressões da questão social percebidas no território. Para o serviço social, a questão social está na base de sua origem histórica e, nas expressões da questão social, seu objeto de intervenção. Segundo Iamamoto, autora referência para a profissão, “o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho” e a questão social é:

Apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] a produção fruto de um trabalho cada vez mais coletivo, contrastando com a desigual distribuição da riqueza entre grupos e classes sociais nos vários países (Iamamoto, 2010, p. 23)

Dessa forma, entende-se que a desigualdade social se materializa na falta de acesso à alimentação, saúde, educação, moradia entre outras necessidades básicas (mínimas) para a sobrevivência da classe trabalhadora. A crise sanitária forjou alterações nos processos de trabalho anteriormente estabelecidos, impondo mudanças nas rotinas, nos fluxos e nos

protocolos da saúde de modo geral, produzindo consequências também para os usuários da Unidade de Saúde em questão. A alteração das rotinas de trabalho na assistência à saúde dos usuários, no período mais crítico da pandemia, impôs a descontinuidade do cuidado em diferentes aspectos, como, por exemplo, a atenção e o cuidado de pacientes com doenças crônicas.

A conjuntura social, política e econômica deste período levou a população a experimentar terror, medo, fome, desesperança, incerteza quanto ao futuro, angústia, sofrimento psíquico e o luto por seus entes queridos. O compromisso profissional da equipe Nasf-AB foi de se posicionar a favor da vida, juntamente com a equipe mínima, ofertando cuidado, atuando conforme as condições estruturais e indicações de segurança sanitária e empenhando-se no enfrentamento aos impactos da pandemia na vida dos usuários assistidos na US.

A equipe Nasf-AB reorganizou seu processo de trabalho, atuando nas diversas frentes de trabalho, neste grave período de crise, oferecendo retaguarda nos demais atendimentos, na continuidade e coordenação do cuidado, no monitoramento de usuários positivos para covid-19, na pré-triagem, entre outras atividades de igual relevância para o momento, sempre buscando ofertar assistência de qualidade aos usuários.

O enfrentamento à pandemia ocorreu de forma heterogênea no país. Enquanto o poder executivo federal não reconhecia a gravidade da situação e o impacto disso na população, somado à indecisão ou mesmo falta de vontade política para compra de vacinas já disponíveis para aquisição no mercado internacional, os gestores estaduais lideraram nas suas unidades federativas ações diversificadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19.

Intensificou-se, igualmente, nesse período, o atendimento de demandas para o Nasf-AB, entre elas para o serviço social, demandas essas que refletem o acirramento e a agudização das expressões da questão social. A população vivencia continuamente no seu cotidiano, sob a influência do capitalismo e do neoliberalismo intensos ataques aos direitos sociais e violação de direitos básicos e essenciais à reprodução da vida em sociedade, como o acesso à renda, aos bens e aos serviços essenciais. As necessidades da população são resultado do sucateamento das políticas públicas.

Tal conjuntura de crise sanitária, política, econômica e social fez emergir situações como fome, miséria e desemprego elevado. O alto índice de desemprego e o retorno de milhões de brasileiros às condições de miserabilidade já superadas no passado, levou muitas famílias a buscarem, na US, soluções para suas demandas, requisições essas muitas vezes atendidas por outros equipamentos de proteção social como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que executam a política de assistência social no território.

São cidadãos, trabalhadores formais e informais afetados por uma crise generalizada. Ampliaram-se nesse período as necessidades da população pelo acesso à moradia, ao emprego e

renda, e aos bens e serviços essenciais, incluindo os de saúde, com o aumento do número de pessoas em situação de rua e de mendicância. A classe social que mais sentiu os efeitos da covid-19 foi a dos trabalhadores e famílias em situação de vulnerabilidade social.

A Covid-19 chegou aos países da América Latina e Caribe através de aeroportos e passageiros de viagens internacionais, migrando pouco a pouco das áreas urbanizadas das capitais para as favelas e periferias das grandes e médias cidades [...]. Se inicialmente afetou indivíduos e famílias de classe média e alta, a disseminação progressiva do vírus está ocorrendo com maior intensidade entre os trabalhadores mais pobres e de menor renda, desempregados e informais, que vivem em casas com acesso difícil a água, tratamento de esgoto e coleta de lixo e, ademais, precisam sair de casa para buscar os recursos mínimos necessários para viver, usando transportes coletivos totalmente cheios e, portanto, fonte de contágio (Tobar; Linger, 2020, p. 201)

Diante da grave crise social ampliada com a epidemia no Brasil, pressionado pelo mercado e setores da sociedade civil, o Senado brasileiro responde de forma paliativa, em março de 2020, com a aprovação do Decreto Legislativo nº 6, reconhecendo o Estado de Calamidade Pública em decorrência da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, com efeitos até 31 de dezembro do mesmo ano. Cria ainda o Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (Bem) para trabalhadores formais e o Auxílio Emergencial para trabalhadores informais, benefício pensado estrategicamente com o objetivo de cooptar votos eleitorais em 2022. De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a recessão ocasionada pela pandemia é considerada a pior da história para a região, e as previsões para o futuro são péssimas, como a queda do crescimento regional, estimado acima de 9%.

O impacto dos reflexos da Pandemia projeta para a região, em 2020, o aumento de 8.1% para 13.5% na taxa de desemprego; Aumento de 7,0 pontos na taxa de pobreza, que atingirá 231 milhões no total, com 45 milhões de novos pobres; A pobreza extrema tende a aumentar de 4,5% para 15,5%, o que representa um aumento de 28 milhões de pessoas no universo de 96 milhões no total; A desigualdade se acentuará com um aumento médio no índice de Gini de 4,9 pontos percentuais de 2019 a 2020 entre tantos outros péssimos indicadores, resta ainda a queda na atividade econômica que levará o Produto Interno Bruto (PIB) per capita na ALC, no final de 2020, ao observado em 2010, um retrocesso de dez anos (Tobar; Linger, 2020, p. 202).

Os impactos gerados pela pandemia atingiram os países de forma desigual. É importante lembrar que cada nação possui desenvolvimento industrial e econômico singular, historicamente conformado, e que, de fato, isso repercute materialmente nas condições objetivas para o enfrentamento da covid-19 por cada país. No Brasil, o evidenciado despreparo técnico do governo federal para controlar a crise ficou ainda mais inaceitável após a indicação e nomeação de um militar da ativa, ex-paraquedista com formação na área de logística (Eduardo

Pazuello, Ministro da Saúde entre 2020 e 2021) para o cargo de ministro da saúde. O momento histórico exigia, devido à importância do cargo, um sujeito qualificado, detentor de sólidos conhecimentos técnicos e científicos suficientes para atender as necessidades que a realidade apresentava.

Este período obscuro ficará marcado na memória dos brasileiros e na história do Brasil, porém, infelizmente, não será lembrado com o mesmo orgulho de vitória sentido na final da copa do mundo. Ficar registrado como o fracasso de um grupo de pessoas orientadas por interesses privados e sem vontade política, custando a vida de milhares de brasileiros: Avós, Avós, Tios, Tias, Pais, Mães, Filhos, Filhas, Amigos, Amigas, Vizinhos, Vizinhas e desconhecidos, mais de 680 mil óbitos de cidadãos cuja morte poderia ter sido evitada.

A tragédia não foi o suficiente, pois oportunistas ocupando cargos públicos aproveitaram o cenário de guerra e caos social para usurpar os cofres públicos desviando verbas destinadas ao enfrentamento à pandemia, com superfaturamento na compra de equipamentos hospitalares e de proteção e insumos para hospitais e unidades de saúde. Pessoas acessavam recursos sociais emergenciais sem necessidade, enquanto aqueles que realmente precisavam não conseguiram acessar. A cada dia era noticiado mais um escândalo envolvendo gestores municipais, estaduais e seus assessores: “Governador do Amazonas vira réu no STJ por fraude na compra de respiradores” (STJ.JUS, 20/09/2021), entre outras matérias noticiadas pela CNN Brasil:

Até o dia 3 de dezembro de 2020, a Polícia Federal (PF) fez 61 operações policiais que transpassam o combate à Pandemia e envolvem irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamentos, desvios de recursos públicos. Desde compras de máscaras e aventais, até aquisição de respiradores e contratos de hospitais para atender os pacientes com Covid-19. Diversos foram os atores e alvos dessa investigações de corrupção, de norte a sul do país. Governadores e secretários de saúde foram afastados e presos, casas de assessores foram revistas e diversos nomes citados. Pelo menos, 1.025 mandados de busca e apreensão e outros 144 de prisão (preventiva ou temporária) foram cumpridos pela PF. No total, o valor dos contratos investigados chega a R \$1.994.665.108,00. (CNN Brasil, 17/12/2020)

O cenário de pandemia instigou, dessa forma, o interesse pelo tema de estudo. O intuito de compreender as relações de atendimento estabelecidas entre usuários e equipe Nasf-AB nesse contexto de crise foi determinante para a definição da proposta de pesquisa. Para tanto, torna-se importante ouvir da população atendida a sua percepção sobre o atendimento do Nasf AB, em um contexto de crise sanitária e de exceção do Estado, frente ao cenário de insegurança e incertezas, nos diferentes aspectos da vida das pessoas, e sem perspectiva de término da pandemia, uma vez que surgem novas variantes. O projeto de pesquisa deseja, portanto, perceber o alcance do trabalho realizado pela equipe Nasf-AB junto à população usuária dos

serviços de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19.

Metodologia Empregada

De acordo com Minayo (2004, p. 16), a metodologia em pesquisa social pode ser entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a realidade que se deseja abordar e o “caminho do pensamento” construído para essa investigação, ocorreu pela via da abordagem qualitativa e do método de pesquisa descritivo. Utilizou-se da técnica de entrevista para aplicação de instrumento no formato de questionário para coleta de dados no campo, proporcionando, dessa forma, o caminho escolhido para a abordagem da realidade investigada. A abordagem qualitativa permite ao pesquisador considerar um universo de representações, de relações, de singularidades e pluralidades, crenças e valores que conformam este universo de subjetividades que, muitas vezes, tornam-se de difícil quantificação.

Para Laville e Dionne (1999), a oposição entre o método de pesquisa quantitativa (de espírito positivista) e o de pesquisa qualitativa, é que o primeiro aprecia números pretendendo tomar a medida exata dos fenômenos humanos e do que os explica, enquanto o segundo propõe respeitar o real.

Quando se trata do real humano, afirmam, tentemos conhecer as motivações, as representações, consideremos os valores, mesmo que dificilmente quantificáveis, deixemos falar o real a seu modo e o escutemos (Laville; Dionne, 1999, p. 43).

A escolha pela abordagem qualitativa ocorreu devido ao fato de o pesquisador compor o real, o concreto, de estar implicado nas relações e nos processos de cuidado onde foi realizada a pesquisa, isso porque:

Se, em ciências humanas, os fatos dificilmente podem ser considerados como coisas, uma vez que os objetos de estudo pensam, agem e reagem, que são atores podendo orientar a situação de diversas maneiras, é igualmente o caso do pesquisador: ele também é um ator agindo e exercendo sua influência (Laville; Dionne, 1999, p. 33).

Neste estudo, utilizaram-se recursos materiais como legislação da saúde, livros e artigos científicos. A pesquisa descritiva, de acordo com Gil (2008, p. 28), tem por objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A escolha por esta tipologia em pesquisa social baseou-se na possibilidade do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Gil (2008) refere que dentre as pesquisas descritivas, existem as que objetivam estudar as características de um grupo específico, como distribuição por idade, sexo, nível de

escolaridade ou de renda, estado de saúde física e mental, e existem outras pesquisas do tipo descritivas, que se orientam a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, e também há pesquisas cuja intencionalidade busca levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

O estudo compreendeu etapa de revisão bibliográfica, apresentação da proposta em reunião de equipe Nasf-AB e indicação de prontuário de família pelos respectivos profissionais (assistente social; nutricionista; psicóloga e terapeuta ocupacional). O recorte de tempo para estudo de prontuários foi estabelecido entre março de 2021 a março de 2022. Participaram do estudo sujeitos adultos, alfabetizados, de ambos os sexos, que mais vezes acessaram o serviço de saúde para atendimento com o respectivo profissional, dentro do período determinado. Estabelece-se amostra de 20 prontuários e seleção de 8 para coleta de dados. No estudo, considera-se acesso às formas convencionais de ingresso presencial na US, bem como outras formas alternativas em decorrência do cenário de crise sanitária como: vídeo-chamada, telefonema, troca de mensagens via WhatsApp e visita domiciliar.

Após a seleção dos materiais, a etapa seguinte foi realizar contato com os possíveis participantes, a fim de os convidar e esclarecer sobre a finalidade do estudo. Os doze prontuários restantes foram excluídos do processo do estudo por apresentarem o quantitativo de acesso inferior aos selecionados. Para fins de sigilo, os participantes receberam codificação para resguardar sua identidade, optando-se por referenciá-los com nome de países, por se tratar de um estudo desenvolvido no cenário de pandemia. Peru, Chile, França, Alemanha, Haiti, Costa Rica, Brasil e Angola são os códigos usados para esse fim.

Tabela 1 — Tabela de indicações de prontuários por núcleo profissional.

Indicações de prontuário por núcleo profissional/Número de acessos no período de estudo*

Nutrição	Peru 06 acessos	Chile 06 acessos	Suíça 05 acessos	Egito 04 acessos	Inglaterra 03 acessos
Psicologia	França 23 acessos	Alemanha 23 acessos	Espanha 15 acessos	Portugal 09 acessos	Itália 08 acessos
Serviço Social	Haiti 11 acessos	Costa Rica 10 acessos	Cuba 10 acessos	Panamá 08 acessos	Argentina 04 acessos
Terapia Ocupacional	Brasil 19 acessos	Angola 11 acessos	Polônia 08 acessos	Japão 06 acessos	Áustria 04 acessos

Fonte: Elaborado pelo autor (Heidmann, 2022).

No que se refere ao perfil dos sujeitos, cinco são mulheres, três são homens (01 homem trans). As idades variam entre 26 anos e 77 anos. Três participantes auto declararam-se brancos, quatro declararam-se negros, e um declarou-se pardo. Quatro participantes possuem curso superior, três possuem nível médio completo, e um possui ensino fundamental incompleto. Quanto à renda, três participantes possuem renda de até R\$ 1.500,00, dois possuem renda de R\$ 2.500,00, dois possuem renda de R\$ 4.000,00, e um está desempregado (sem renda ou benefício social).

A coleta de dados transcorreu da seguinte forma: quatro participantes compareceram na Unidade de Saúde e foram entrevistados na sala de atendimento do Serviço Social; com os demais participantes, as entrevistas ocorreram através de visita domiciliar em seus locais de moradia, respeitando as regras sanitárias de prevenção de contágio pelo coronavírus, com uso de máscara descartável, *skin face* e álcool em gel, bem como distanciamento seguro. As entrevistas foram realizadas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi entregue ao participante a respectiva cópia do documento, devidamente assinado pelos envolvidos no estudo. Antes da gravação, realizou-se a leitura das oito questões, uma por vez, e questionou-se sobre dúvidas, esclarecendo-as quando surgidas.

Realizada a etapa de coleta de dados, o próximo passo tratou de reunir os dados brutos coletados para seguir com a análise de dados. De acordo com Gil (2008, p. 156), o processo de análise e interpretação dos dados em pesquisa segue passos distintos. A análise objetiva, por exemplo, organizar e sumariar os dados para que possibilitem fornecer as respostas desejadas ao problema de pesquisa, enquanto a interpretação, por sua vez, tem por objetivo compreender, de forma mais ampla, o sentido das respostas obtidas e relacioná-las, ligá-las ao conhecimento anteriormente obtido para que se possa chegar a alguma conclusão/verificação.

Tal autor argumenta, ainda, que não há fórmulas ou receitas predefinidas para orientar os pesquisadores no processo de análise de dados nas pesquisas, sejam estas do tipo estudo de campo, estudo de caso, pesquisa-ação ou pesquisa participante e que seus procedimentos são principalmente de natureza qualitativa.

As orientações contidas no Método de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), indicam que o pesquisador deve, no processo de análise, focar na interpretação do que foi dito literalmente, sistematizar e descrever, de forma literal, o conteúdo da comunicação coletada, bem como limitar-se ao que foi dito na comunicação nesse processo de interpretação, ou seja, limitar-se à interpretação do texto, o que o texto quer dizer...

A partir da metodologia de análise de conteúdo de Bardin, optou-se pela análise categorial ou temática como técnica para a análise dos dados. Neste sentido, seguiram-se as etapas para as quais a metodologia aponta, como a pré-análise, que consiste na sistematização dos dados brutos obtidos buscando a seleção do material para formar o corpus, ou seja, o

conjunto dos documentos selecionados para o estudo.

A codificação, conforme indica Bardin (2016), trata de transformar os dados brutos em dados representativos na forma de unidades menores, em pequenos recortes, para formar a unidade de contexto e a unidade de registro, representadas por frase ou palavra, para posteriormente avançar para a etapa de categorização, cujo objetivo é agrupar unidades de registro semelhantes, recebendo dessa forma, a partir de critério, título ou nome para distinguir-se dos demais grupos categorizados. No processo de análise temática, faz-se a leitura uma a uma das respostas e destacam-se aquelas que, em poucas palavras, expressam a ideia do que o participante quer dizer. Dito isso, iniciou-se a análise de dados a partir da leitura exaustiva do material transcrito (leitura flutuante) e estabeleceu-se categorias com base nos tópicos da entrevista. Os quadros a seguir apresentam as oito questões do questionário, bem como recortes das respostas obtidas nas entrevistas junto aos participantes do estudo, organizadas para fins de definição de categorias temáticas para análise, discussão e resultado.

Resultado e discussão

Nesse estudo, foram realizadas oito entrevistas com usuários atendidos pelos profissionais que compõem a equipe do Nasf-AB. A partir da transcrição desse material coletado, deu-se início à análise dos dados brutos produzidos. Amparado no Método de Análise de Conteúdo de Bardin, organizou-se o material em oito quadros. O objetivo dessa organização foi de extrair, de destacar no material coletado, nas falas desses atores, através de palavras e expressões, a construção de categorias temáticas.

As categorias apresentadas abaixo foram pensadas a partir de recortes das falas dos participantes para fins de análise, discussão e resultado: Acesso; Atendimentos; Ações Profissionais; Alternativas; Acompanhamento na RAS; Saúde Integral; Desejos e Inquietações. Aos participantes, quando questionados na questão inicial do instrumento, foi-lhes indagado quanto a possíveis dificuldades de acesso para atendimento na unidade de saúde referência para o estudo.

Para esta questão, cerca de 100% dos participantes referiram que não, nunca ou nenhuma dificuldade comprometeu seu o acesso nos atendimentos. Dessa forma, é possível inferir que, no quesito dificuldade de acesso para atendimento no período de pandemia estudado, não se constatou qualquer evidência que comprometesse os atendimentos, às ações e serviços prestados pelas equipes. Ainda que com severas restrições sanitárias impostas pela pandemia, designadas pelas autoridades sanitárias e as orientações protocolares provenientes da Gerência de Saúde Comunitária do GHC, cujas indicações apontavam para suspensão de atividades coletivas e agendamentos, tanto a equipe mínima quanto a equipe de retaguarda mantiveram seus atendimentos e acompanhamentos tomando todas as precauções e cuidados, a

fim de ofertar para a população adscrita o acesso ao cuidado em saúde.

A suspensão das ações programáticas impactou negativamente a situação de saúde e no cuidado continuado ofertado para a população cadastrada, fato percebido e, igualmente discutido nas reuniões de equipe nas áreas de vigilância. A suspensão das atividades coletivas realizadas presencialmente, como grupo de tabagismo, de saúde mental, de gestantes, e ações programáticas voltadas para o controle da Hipertensão (HAS), do Diabetes Mellitus (DM), da Tuberculose, entre outros programas e ações de educação em saúde, como o Programa Saúde na Escola (PSE), foram interrompidos por tempo indeterminado.

Neste período, a US, por força das restrições, voltou-se para os atendimentos prioritários (sintomáticos) em detrimento da promoção à saúde no território junto à população. O tema mais discutido nas reuniões de equipe nas áreas de vigilância (azul e vermelha) foram, dentre os casos de covid-19, a situação de saúde de usuários com doenças crônicas descompensadas em decorrência do isolamento social, decorrente das variantes do vírus, que alteraram não só a circulação de pessoas como as regras de atendimento na saúde.

A importância das ações preventivas ofertadas pela APS, cuja interrupção, na pandemia, impactou a condição de saúde dos usuários, necessita ser retomada de forma acelerada nesses tempos obscuros de retrocessos, redução de equipes, corte no orçamento da saúde, parceirizações, entre outras formas de ataques ao SUS. A APS é detentora e capacitada para ser resolutiva na maior parte dos casos de internações evitáveis. Enfatizando a importância deste nível de atenção em saúde, Mendes (2011, p.83) refuta ao afirmar que:

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc.

Diante das respostas obtidas no quesito dificuldade de acesso, nota-se que a equipe Nasf-AB conseguiu, mesmo diante das dificuldades, pensar ações para o cuidado continuado de usuários acompanhados, dando materialidade à PNAB e aos atributos da APS. O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, bem como a equidade, ofertando o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde de acordo com as necessidades das pessoas, tal afirmação pode ser evidenciada na fala do participante com restrições de locomoção.

Não, eles vieram aqui, a dificuldade que eu tinha era de ir lá eu tenho a cadeira aí comecei a ir com a cadeira lá com o meu cuidador ou a cuidadora me levavam lá, para consulta essas coisas eu nunca tive problema. Sempre bem assistido com a visita da T.O. e da outra,

sempre vinham me visitar de 15 em 15 dias teve época que elas vinham por semana, uma vez por semana e sempre me cuidaram sempre se preocuparam com meu bem estar, isso foi muito bom. (Brasil)

Quando questionados com quais profissionais consultaram no período do estudo, e como foram os atendimentos, apareceram quatro citações que indicaram atendimentos realizados pelos profissionais dos núcleos de medicina e de enfermagem e, dez citações indicaram atendimentos com profissionais do Nasf-AB representados da seguinte forma: os atendimentos do Nasf-AB foram acessados por 71,42% das consultas, e os atendimentos pela equipe de medicina e enfermagem por 28,58%. O registro representa a atuação majoritária dos atendimentos da equipe Nasf-AB mesmo diante das restrições sanitárias e da prioridade de atendimento para usuários sintomáticos respiratórios, usuários não sintomáticos também foram assistidos.

Quanto aos atendimentos, a forma como ocorreram e se foram satisfatórios atendendo a necessidade do usuário, os recortes retirados das falas indicam satisfação, como é possível constatar a seguir:

Ela auxiliou tanto na diabetes dele como para mim que estava com problemas de coluna, e eu precisava nesse momento e ela ajudou a gente nesse sentido [...] (Angola/T.O.).

[...] sempre me atendeu exatamente nos horários certos e nos dias e sempre deu muita atenção a tudo que eu falava [...] e desde o começo eu me senti à vontade com ela nesse sentido de não sentir que eu era julgada [...] (França/Psicologia).

[...] Eu tive problema com alcoolismo, então eu tenho o acompanhamento com eles, porque eu saí do Caps e o Caps me passou para a UBS [...] (Haiti).

A equipe Nasf-AB é composta por diferentes profissões que possuem especificidades distintas, assim como diferentes objetos de intervenção que são particularidades de domínio de sua área de conhecimento, assim como para o serviço social, que atua nas expressões da questão social, tais como desemprego, insegurança alimentar, pobreza, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e de idosos, entre outras expressões cuja gênese histórica está imbricada com o conflito das relações entre capital e trabalho. Distintos objetos de trabalho das diferentes profissões, mas atuações e ações integradas voltadas para uma mesma direção, a saúde dos usuários. Este tem sido o objetivo da atuação do Nasf-AB. Quando questionado aos participantes de que forma as ações profissionais os auxiliaram em suas demandas no período da pandemia, através dos relatos é possível compreender de que forma as ações profissionais ocorreram.

Quando eu perdi o meu marido assim, a T.O. fez parte da minha vida sim. Ela que me deu um up, eu vou ser bem sincera eu estava a fim de acabar com a minha vida e ela nesse momento foi quem conversou comigo foi quem me deu força, eu não tenho o que dizer porque se não é ela hoje eu não estava aqui onde eu estou.

Eu fiz um tratamento um pouquinho longo com a nutricionista, a gente fez mais focado assim na minha saúde mental, e também na minha saúde física porque eu precisava perder muito peso e eu tive bastante ajuda dela neste período não só para perder peso mas também para cuidar da minha saúde que estava muito, muito, muita coisa eu tinha que melhorar, então durante esse período ela me ajudou bastante assim extra posto assim, achei que o atendimento foi além do que eu tinha ido buscar na unidade. (Chile)

A psicóloga me ajudou muito porque eu busquei o postinho num momento que eu acabei perdendo o plano de saúde, e eu estava com a gravidez e eu precisava muito do acompanhamento pré-natal, então eu busquei o postinho e tive todo apoio que precisei, até porque no final minha gravidez acabou sendo de alto risco, o meu bebe acabou nascendo prematuro. Inclusive a psicóloga até telefonou para mim para saber o porque não tinha ido no dia e ficou sabendo que eu tive o parto prematuro, perguntou se eu não queria conversar com ela, se eu queria falar com ela a respeito e eu disse que prefiro esperar, e por ela tudo bem, quando puder entra em contato comigo. Ela sempre foi muito querida, não tenho nada a dizer de ruim.(França)

O profissional me ajudou em vários momentos até com o auxílio, a entrada de... O auxílio benefício para o meu filho que é especial, meu filho menor que é especial. Está me ajudando né, mas eu ainda não consegui, eu perdi a guarda dele provisoriamente, mas eles estão me dando bastante suporte, ajuda. Bastante ajuda eles estão me dando.(Haiti)

Destaca-se entre as ações interventivas e assistenciais prestadas aos usuários participantes do estudo e, entendida por alguns autores como ferramenta de intervenção leve-dura, a escuta qualificada, que esteve presente em cerca de 62% das respostas dos participantes, com a mediação em 25% e o manejo em 12,5%, constatado de forma direta ou indireta, nas falas dos sujeitos da pesquisa. Para Maynard et al. (2014), em saúde mental, a escuta qualificada é reconhecida como:

[...] tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho.

Sabe-se que no nível de atenção primária à saúde, o uso predominante de tecnologias

leve-dura é evidente, todavia Mendes (2011) argumenta que “Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades” e que essa idéia distorcida de complexidade é geradora de desvalorização das práticas da APS em relação às práticas nos demais níveis de atenção à saúde, secundário e terciário.

É sabido que a pandemia impôs sérias restrições de acesso à assistência à saúde da população brasileira. Os impedimentos atingiram tanto a atenção hospitalar, nos procedimentos eletivos considerados como não de emergência, muito em decorrência da insuficiência de leitos, assim como na APS, com a paralisação das ações programáticas e atividades em grupo por tempo indeterminado. Tal situação impactou também nas visitas domiciliares. A crise sanitária causada pela pandemia afetou a população em diversos setores da vida social. É nesse sentido que se buscou indagar junto aos usuários cadastrados na US, qual outra alternativa o usuário/a utilizou para buscar solução para sua necessidade no período de pandemia, caso não conseguisse atendimento na US?

Neste sentido, dentre os participantes do estudo, três (37,5%), afirmaram não ter opções ou alternativas para buscar atendimento para suas demandas na pandemia. Quatro participantes (50%), afirmaram que teriam outra estratégia para buscar atendimento e um participante afirmou ter dúvidas, não saber o que fazer (12,5%).

Para Merhy (1998), as tecnologias empenhadas nas intervenções assistenciais podem ser classificadas como tecnologia leve, leve-dura e dura, entendida da seguinte maneira:

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas, máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios [...] mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. (Merhy, 1998, p.03)

Dentre os sujeitos da pesquisa que afirmaram ter alguma opção, um deles destacou que procuraria uma clínica particular, porém com crítica ao serviço de saúde da atenção suplementar aponta para o descontentamento da atenção assistencial pelo serviço privado.

Eu acredito que se houvesse uma necessidade bem urgente eu procuraria uma clínica porque não tem como pensar em outro atendimento que não fosse alguma clínica particular, embora a gente saiba que é quase a mesma coisa que o SUS hoje em dia né é só para

gastar dinheiro. (Alemanha)

Esta resposta demonstra uma dúvida em relação ao atendimento na Unidade de Saúde pois existe ambiguidade na fala. É possível inferir portanto que, ou a qualidade do serviço prestado pelo SUS, na APS, melhorou igualando-se à atenção suplementar, porém gratuita, ou, a qualidade da assistência privada se iguala à assistência pública, porém é paga. Outro ponto que surge em determinada resposta remete ao fato do desemprego e a crise econômica ter afetado, na pandemia, a manutenção dos planos de saúde suplementar pelas famílias, conduzindo parcelas da população a acessar as unidades de saúde em busca de atendimento para suas demandas na APS, como afirma a participante: *“Então eu era atendida e acabei perdendo meu plano, então nessa época eu realmente só tinha o Postinho a recorrer.”* (França)

Uma matéria publicada no site G1-Economia, em julho de 2020, informa que, apenas nos meses de maio e junho, os planos de saúde perderam 283 mil clientes, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e a relação direta desta queda de beneficiários está ligada ao desemprego no contexto de pandemia. A perda de beneficiários é maior entre os planos individuais, seguida dos planos coletivos empresariais em período em que a ocupação de trabalhadores formais caiu cerca de 12,9% em maio de 2020, ampliando o cenário de desemprego e de crise social e econômica no Brasil.

Em nota, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que “o cenário econômico do Brasil é o principal motivo para a redução do número de beneficiários, visto que o setor é diretamente impactado pelo número de empregos formais e renda da população.”(G1)

Outro importante ponto questionado junto aos participantes têm relação com o vínculo em outros pontos de atendimento da APS no município, considerando que o sistema do GHC e o e-SUS não se comunicam. Dessa forma, se os usuários desejarem, podem ter prontuário em mais de uma US, tanto nas unidades do SSC-GHC quanto na rede própria do município. Neste sentido, foi perguntado aos usuários se foram atendidos por profissionais de nutrição, de psicologia, de serviço social e de terapia ocupacional em outro ponto da rede da APS. Cerca de 75% dos participantes da pesquisa responderam que não ou que nunca foram atendidos pelos profissionais dos núcleos citados em qualquer unidade de saúde da rede municipal, e 25% afirmaram terem sido atendidos em outros pontos de atendimento em saúde. Entre esse grupo que recebeu atendimento fora da US, uma citação indica atendimento em instituição filantrópica da sociedade civil. No entanto, a lógica de acompanhamento em determinadas entidades filantrópicas difere da praticada na APS regida pelas diretrizes e atributos como a longitudinalidade do cuidado, por exemplo. A interrupção do cuidado continuado é constatada na fala de um entrevistado:

Fui, na AACD eu fui muito bem atendido, eu tive lá acho que dois anos que é o máximo que pode ser atendido [...] toda vez que eu tenho que fazer fisioterapia e os que eles mandam em casa é uns de firma né, essas que tem convênio a que está vindo aqui em casa eles cortaram o convênio, aí eu fiquei sem fazer fisioterapia. (Brasil)

Ainda sobre esse tema, atendimentos fora da US, determinada participante refere que já foi atendida por profissionais psicólogos, no entanto, percebeu nítida diferença entre as abordagens profissionais: mais humanizada, diferente da abordagem prevalente na saúde suplementar.

Já fui atendida por vários e não me dava certo com nenhum justamente por isso que eu mencionei que me sentia julgada e lá no postinho foi um dos poucos lugares que eu acabei recorrendo no desespero, porque eu senti que realmente eu precisava de um apoio psicológico no momento que estava passando e foi a onde me senti mais acolhida. (França)

Quanto aos demais participantes, 75% afirmaram que não, nunca foram atendidos fora da rede do SSC-GHC pelos profissionais dos núcleos anteriormente citados. Apenas um participante afirmou ter passado por atendimento com assistente social no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Outra fala que se destaca nesse grupo de respostas indica algo preocupante, a ausência de profissionais não médicos compondo equipes de retaguarda como a equipe Nasf-AB, por exemplo: “*Não, as outras unidades que eu fui atendida não tinham nutricionistas*” (Chile). Sendo este, outro importante profissional integrante da equipe Nasf-AB, cuja abordagem abarca ações de extrema relevância para gestantes em processo de pré-natal, pessoas com distúrbios alimentares podendo implicar sofrimento mental, pessoas com diabetes, cardíacos, hipertensos, entre outras comorbidades, avaliação e acompanhamento de recém nascidos, pessoas com questões subjetivas em relação ao aspecto corporal, entre outras expressões relativas ao processo de alimentação associada à saúde.

Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. No ano seguinte, o artigo nº 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos reforça, através de direitos, as condições necessárias para que cidadãos possam ter acesso à saúde ampliada, integral.

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ONU)

Compreendendo a definição de saúde integral e ampliada, buscou-se nesse sentido, investigar junto aos participantes do estudo, como sua situação de saúde estava no período do estudo. Cerca de 50% dos entrevistados indicaram que a saúde ficou abalada em decorrência da perda de renda, desemprego ou, por determinação da autoridade sanitária, o encerramento de atividades direcionadas principalmente ao público, como é possível verificar a seguir no recorte das falas.

Foi bem difícil assim porque eu fui uma das pessoas que perdi o emprego, mas eu não ganhei nada do governo, nada. Então eu me virei e fui fazer aplicativo, fiz qualquer coisa, mas eu não ganhei nada do governo. (Alemanha)

Eu sou autônoma da área da beleza, a primeira área que foi afetada durante a pandemia, então coisas que eu estava acostumada a fazer como, por exemplo, se não conseguir um oftalmologista no posto eu pagava para fazer, então isso foi cortado da minha vida. (Chile)

Olha... Foi bem complicado. como é que eu vou te explicar... Eu acho que abalou mais a saúde mental mesmo, porque essa pandemia quando ela chegou ninguém esperava por ela. Ela tirou meu serviço, ela tirou meu ganha pão, na minha casa seria só eu para sustentar a casa inteira, com aluguel, água, luz, comida, tudo. Então para mim o meu psicológico ficou meio abalado. (Costa Rica)

Os demais participantes citaram que, de alguma maneira, sentiram o impacto da pandemia em sua saúde. Eventos como internação e reinternação por covid-19, ainda que vacinados. Contudo, mesmo aqueles que mencionaram a perda de renda no período também citaram sofrimento emocional e psíquico importante.

Eu tive um abalo muito forte, foi uma perda né. Eu esqueci de mim, mas eu mais me dediquei ao meu marido [...] Então a pandemia... eu esqueci de mim realmente, como problemas que eu tenho no estômago eu esqueci de mim, mas cuidei mais dele. (Angola)

Olha... Foi bem complicado. como é que eu vou te explicar... Eu acho que abalou mais a saúde mental mesmo, porque essa pandemia quando ela chegou ninguém esperava por ela [...] Ela tirou meu serviço, ela tirou meu ganha pão. Então para mim o meu psicológico ficou meio abalado (Costa Rica)

A escuta sensível e qualificada ressurge quando indagado aos participantes na forma de desejos ou sugestões, de que forma a equipe do Nasf-AB poderia melhor auxiliá-los no cuidado em saúde na pandemia e pós pandemia, bem como críticas e sugestões para melhor qualificar os atendimentos.

Eu sou a pessoa que tenho críticas para umas coisas e para outras não, então aqui eu não tenho nenhuma crítica, realmente tudo que

aconteceu o fato de eu ter conseguido ser atendida pela nutri no meio da pandemia eu realmente eu não tenho o que reclamar, nem pedir, nem dizer o que faltou, fui bem acolhida mesmo. (Alemanha)

Me dar essa assistência como eles estavam me dando, quando a gente está com a enfermidade a gente se sente muito deprimido e eu tenho muito medo de entrar em depressão, sabia procuro não discutir procuro não brigar com ninguém porque eu sei que no momento que eu começar a discutir e brigar eu vou entrar em depressão e é a única coisa que eu tenho medo, entrar em depressão e depois pegar aquela doença do esquecimento o Alzheimer, tenho muito medo disso aí no momento que entrar em depressão o Alzheimer vem em seguida, então eu me cuido muito com isso até não falo muito para não atrai. (Brasil)

Eu não tenho sugestão porque eu acho que está super bom, eu não tenho o que falar sabe. Eu vejo tanta gente falando que perdeu o dia inteiro e lá as vezes eu saio duas horas depois e fico pensando às vezes eu pagava e era atendida duas horas depois. Então lá eu não estou pagando estou sendo atendida mais ou menos no tempo que estou sendo atendida pagando e eles são super queridos e não tenho[...] (França)

A sugestão que eu queria era assim que tivesse mais tempo para poder atender a gente porque a gente tem muito pouco tempo, eles não têm aquele tempo que é essencial para a gente porque temos pouco tempo para conversar com eles. Então eu gostaria que vocês tivessem mais tempo de conversar com a gente. (Haiti)

Por fim, a última categoria da discussão, as inquietações, objetivava captar, de forma livre, manifestação acerca de possíveis pontos não contemplados ao longo da entrevista. Para tanto, destinou-se momento para o participante verbalizar suas considerações orientado pela seguinte questão: “O Sr./Sra deseja falar sobre algo que não foi tratado, que não foi discutido ou comentado nesta entrevista e que tenha relação com a saúde integral?”

Eu desejo realmente e gostaria se o Dr. pudesse solicitar para mim continuar fazendo as fisioterapias, sei que vai sair caro para vir lá da AACD, porque lá são duas vezes por semana aí vai sair caro pra mim agora que estou sem carro, vendi meu carro aí tem que pegar Uber, mas assim mesmo se conseguisse eu gostaria. (Brasil)

Não tenho crítica porque até o que eu tinha dificuldade era de marcar consulta para minha mãe e mesmo assim eu sempre consigo marcar, porque no caso ela é idosa eu ligo para marcar consulta para ela, mas igual demora, mas eu consigo. É a única coisa que eu acho que às vezes demora demais para conseguir marcar para uma outra pessoa. (França)

Não. Não eu agora estou melhor, agora estou 10, antes eu precisava de alguém para conversar, vou ser bem sincera. Eu precisava porque assim, quando tu está nessa fase porque eu sou viúva duas vezes, e a cruz vinha, ela repetiu, eu perdi o primeiro da diabetes, eu tive uma vida sacrificada, eu me esqueci de mim, eu vivia no hospital Conceição, eu vivia lá [...] Tu precisa de alguém não no sentido de arrumar uma pessoa, mas precisa de alguém para desabafar, de um ombro amigo para chorar, tu precisa de uma pessoa para te dar um conselho, entendeu? [...] entra a T.O. de novo fez com que isso me ajudasse muito

e eu precisava de uma pessoa para conversar te digo bem sincera, eu precisava eu chorei muito, muito, muito, eu chorava muito, então nesse sentido eu precisava de ombro amigo.(Angola)

Eu gostaria de pegar e saber quanto tempo e se através dos meus documentos que tenho se vai demorar muito tempo para eu conseguir a minha aposentadoria, apesar que é o auxílio doença, eu estou batalhando, mas eu estou tendo acompanhamento vamos ver se vou conseguir me aposentar. (Haiti)

Ao responderem a oitava questão do instrumento, a qual aborda inquietações, desejos ou mesmo críticas que objetivassem qualificar a atenção e o cuidado em saúde dos usuários, as respostas recebidas foram diversificadas. O participante Brasil, por exemplo, queixou-se de não ter recursos financeiros para manter as sessões de fisioterapia através de assistência via plano de saúde suplementar. Ainda que em acompanhamento com terapeuta ocupacional do Nasf-AB da US nas segundas-feiras durante algum período na pandemia em seu domicílio, único dia em que a profissional está na unidade, pois é matriciadora e preceptora de residentes, atuando em três unidades de saúde onde possui agenda de atendimentos e acompanhamentos, conseguiu em suas intervenções com Brasil importantes avanços como visto em suas falas anteriores.

Diante das restrições sanitárias impostas pela pandemia, os encaminhamentos para atendimentos especializados no município, via sistema de gerenciamento de consultas - Gercon, ficaram prejudicados nesse período. Neste caso, o usuário Brasil, em tempos de normalidade dos atendimentos, poderia ser encaminhado para consulta especializada com fisioterapeuta, através do sistema, após avaliação com profissional adequado na US. Entretanto, conforme publicação do site GZH e dados da prefeitura de 13 de janeiro de 2022, a fila do SUS naquele período na capital, era a maior em quatro anos, pois havia demanda reprimida, cerca de 92,3 mil solicitações de consultas especializadas esperando atendimento na capital.

“Olhando somente para o período da pandemia, a fila cresceu 117,40%. Quando intensificou-se o isolamento social em março de 2020, eram 42.500 requisições aguardando chamado. Atualmente, o conjunto é mais que o dobro deste tamanho.” (Fonte: GZH)

Outro participante (Chile) refere o bom atendimento prestado no domicílio para avó acamada e em fase de cuidados paliativos. Comenta ainda sobre o auxílio recebido através do repasse de fraldas geriátricas para a idosa. Todavia esse cenário de oferta de medicamentos e insumos ficarão ainda mais restritos no ano seguinte, pois o orçamento da saúde para insumos e medicamentos para 2023 será reduzido significativamente.

Para 2023, o acesso de milhares de usuários do SUS encontrará maiores dificuldades para o recebimento dos recursos. Barreiras de acesso já foram implementadas na capital, que passou a exigir cadastro único dos usuários para retirada de fraldas descartáveis nas farmácias distritais do município. Conforme matéria publicada no site SINPRO-DF em 20 de setembro de

2022, o atual governo enviou e o Congresso aprovou, no final do mês de agosto, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2023, com corte em 60% dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos do Programa Farmácia Popular. O impacto no financiamento vai eliminar cerca de R\$ 1,2 bilhões do programa que distribui, gratuitamente, de fraldas geriátricas a remédios para todo tipo de doença coberta pelo programa. O corte atingirá medicamentos de controle de pressão alta, diabetes e asma e prejudicará mais de 20 milhões de usuários do SUS.

Seguindo a discussão da categoria, a participante França esclarece que sua maior dificuldade é, sutilmente sugere melhorias no acesso, tem relação com a demora na marcação de consulta para sua mãe, pessoa idosa. Ainda que com demora, argumentou que sempre conseguiu agendar as consultas. Vale destacar que, como dito anteriormente, as restrições impactaram profundamente nas agendas dos profissionais na US. Contudo, em sua resposta não ficou claro se tal demora ocorrera na pré-pandemia ou somente no período de crise sanitária. Peru, por exemplo, argumenta que é atendida desde criança na US, desde o “tempo da vovó Nair”, pessoa reconhecida no território como importante liderança comunitária protagonista na fundação da US, cerca de vinte anos atrás.

Angola declara não ter críticas ou sugestões no momento da entrevista porém destaca que é muito importante o sujeito “ter com quem conversar, com quem desabafar” nos momentos em que a pessoa está passando por dificuldades na vida, como passou por duas vezes ao ver seus dois companheiros falecerem em decorrência da diabetes. É notório a importância de atividades desenvolvidas com a população adscrita na US como as ações programáticas para diabetes, hipertensão, entre outras doenças crônicas, assim como atividades em grupo com foco em saúde mental, tabagismo, gestantes e população idosa, por exemplo.

O participante Brasil questiona sobre sua aposentadoria e quando fará jus ao direito trabalhista, mesmo afirmando que está sendo assistido, referindo-se aqui ao acompanhamento pelo serviço social da unidade de saúde, diante das sucessivas reformas previdenciárias ocorridas nos últimos governos. Assim como o participante Brasil, milhares de trabalhadores brasileiros encontram-se em situação semelhante, a incerteza da aposentadoria, a dúvida de quando seu direito ao benefício de caráter contributivo será concedido, direito adquirido após décadas de trabalho e contribuições à Previdência Social.

Desde o ano de 1988, quando foi promulgada a 7ª Constituição da República Federativa do Brasil, e na sua compilação foi feita a inserção da previdência social, integrante do conjunto de políticas sociais de seguridade social como Sistema de Proteção Social, juntamente com a saúde e a assistência social, já ocorreram diversas alterações na previdência social, sendo as principais as dos anos de 1998, 2002, 2003, 2015 e a Emenda Constitucional nº 103/2019, cuja alteração mais significativa abrange o aumento da idade mínima para homens (65 anos) e mulheres (62 anos) para acessarem a aposentadoria por idade. Conforme apontam

Moreira e Nulle (2019), “alguns estudiosos assinalam que as mudanças ocorridas denotam um retrocesso em relação ao modelo de seguridade concebido originalmente” e que muitos gestores utilizam-se da falácia deficitária do sistema para cooptar atores na aprovação de propostas que contribuem para o desmonte da previdência social. A seguridade social é um sistema de proteção social cuja composição abarca a política de previdência social, política da saúde e a política de assistência social. Esse sistema vem sofrendo, sucessivamente, ações que promovem seu desfinanciamento.

A cada troca de governo, criam-se novas barreiras de acesso ao sistema previdenciário, dificultando o devido acesso ao direito previdenciário aos contribuintes, formais e facultativos, às garantias previstas na legislação, as quais garantem o acesso à renda, seja via auxílio por incapacidade temporária que pode ocorrer nas mais diversas situações que impossibilitem o trabalhador de desenvolver suas atividades, até mesmo ao direito à aposentadoria por idade ou tempo de contribuição, pois a previdência social é compreendida como um contrato social que se materializa em compromissos entre gerações para possibilitar o acesso ao bem-estar dos trabalhadores durante e após a vida laborativa.

Considerações finais

O estudo realizado buscou responder às inquietações surgidas no início da residência multiprofissional em saúde, tais como: possível extinção do Nasf-AB enquanto equipe de saúde multiprofissional matriciadora; evidências de contribuições dessa equipe junto aos usuários para o enfrentamento da pandemia; eventual desconhecimento dos usuários e da equipe mínima ou ambos sobre o trabalho do Nasf-AB entre outros objetivos igualmente importantes.

Quando se fala em extinção do Nasf-AB, fica evidente que a sua manutenção depende de vontade política da esfera municipal, pois fica à critério do gestor decidir pela manutenção ou extinção da equipe, uma vez que o recurso que proverá o serviço virá do orçamento municipal. Ao permitir o cadastro de novas equipes no CNES, sem financiamento federal, o Ministério da Saúde se exime de sua responsabilidade em prover acesso à saúde gratuita e de qualidade aos cidadãos e de fortalecer a APS na execução dos seus atributos que visam à promoção, prevenção e recuperação do cuidado em saúde pública, universal e gratuita, como prevê a Constituição Federal.

No decorrer da escrita, foi possível não só destacar a opinião dos usuários sobre o trabalho, sobre as ações executadas pelos profissionais que compõem o Nasf-AB, como também descrevê-las a partir das constatações percebidas nas entrevistas. Divulgar e dar visibilidade a esse importante trabalho tem relevância ímpar e, como visto, o acesso ao atendimento com profissionais desses núcleos na APS está em vias de extinção. O fortalecimento da APS via

esforço do governo do estado ao lançar o PIAPS e o projeto Rede Bem Cuidar RS, ao financiar a implantação e manutenção de uma equipe multiprofissional por município gaúcho, surge como boa estratégia de fortalecimento da atenção primária. Todavia, para municípios de pequeno porte e de menor densidade demográfica, a implantação de uma equipe multiprofissional poderá impactar positivamente, qualificando a prestação da assistência em saúde no território, contribuindo com a diminuição de tempo de espera por atendimento especializado em outros pontos de atenção em saúde.

Para municípios como a Capital e outros centros urbanos, uma equipe multiprofissional não será suficiente, pois, como apontado anteriormente, em 2019 Porto Alegre contava com 10 equipes Nasf-AB e, em 2022, apenas uma equipe ativa cadastrada no CNES. Diante disso, haverá sobrecarga aos demais equipamentos especializados em saúde pública do município, o que poderá implicar qualidade de prestação de serviço insatisfatória para a população usuária. A soma das demandas reprimidas por atendimento com a espera por consulta anterior à pandemia, possivelmente levará o sistema a níveis elevados de sobrecarga.

Fica em destaque que o trabalho e as contribuições do Nasf-AB junto aos usuários para o enfrentamento da pandemia, seja através da assistência individual, existiram e estão registradas nas falas desses usuários, de diversas maneiras, umas mais claras e objetivas, outras menos objetivas e claras, mas no contexto da resposta, evidencia-se a existência de contribuição. Diante disso, a existência de equipe multiprofissional tipo Nasf-AB, em qualquer unidade de saúde, contribuirá significativamente para o processo de cuidado em saúde ampliada.

O trabalho das equipes da US, que é realizado de forma síncrona, onde cada qual atua de forma distinta nos atendimentos (abordagem biomédica/biopsicossocial), promoveu aos usuários atendidos no período de pandemia, ações tanto de promoção, prevenção e recuperação da saúde, ainda que no âmbito do atendimento individual, em detrimento das ações coletivas dada a conjuntura do momento, a população adscrita do território obteve acesso à assistência e ao cuidado em saúde.

A hipótese de "eventual desconhecimento por parte dos usuários ou equipe mínima ou ambos sobre o trabalho da equipe Nasf-AB para o enfrentamento da pandemia" foi respondida conforme constatado nos dados coletados, onde os sujeitos participantes responderam questões sobre atendimentos na US. Ao promover o cuidado contínuo dos usuários na pandemia, cujas ações profissionais partem das necessidades, das demandas dos usuários que acessam inicialmente via acolhimento junto à equipe de enfermagem, o reconhecimento desse trabalho se dá desde a entrada do usuário na sala de acolhimento, seja no ato da consulta dia ou retorno, onde é realizada a pré-escuta desse usuário. Posteriormente, conforme a situação de saúde desse usuário discute-se com demais integrantes das equipes a melhor abordagem e qual ou quais núcleos profissionais será feito o encaminhamento do usuário. Dessa forma, é

garantida a continuidade da assistência. Nos momentos de reunião de área de vigilância, por exemplo, os casos que requerem discussão sobre plano de abordagem e ação, as equipes tomam conhecimento da demanda e pensam, coletivamente, a intervenção possível para o caso em questão. Dessa forma, é possível inferir que tanto o usuário que acessa o atendimento com a equipe Nasf-AB como quem o encaminhou reconhecem o trabalho, a atuação dessa equipe.

Quanto à expectativa do papel do Nasf-AB em relação ao cuidado em saúde, ficou evidente a satisfação da assistência prestada pela maior parte dos entrevistados, contudo, alguns participantes entendem que o tempo de consulta/atendimento poderia ser maior, mais prolongado e menos esparso os atendimentos entre um e outro. Contudo, é possível inferir que em circunstância da suspensão das agendas, houve realmente distanciamento entre consultas. Quanto ao tempo de consulta, esse depende do núcleo profissional que realiza o atendimento, podendo variar entre 20 e 60 minutos como constatado em discussões de caso, pois há certa referência e orientação de tempo para consulta, no entanto, nenhum caso ou demanda é idêntico, portanto, as abordagens diferem entre si.

Finalizando as considerações, entende-se que a probabilidade do usuário acessar atendimento especializado como o prestado pela equipe Nasf-AB nas demais unidades de saúde próprias da rede municipal, são remotas. Percebe-se que parcela importante da população porto alegreense que reside fora da abrangência territorial das 12 unidades do GHC não possui o mesmo acesso aos serviços da APS, pois nessas unidades há equipes multiprofissionais tipo Nasf-AB para atendimento dos usuários vinculados, é notório a disparidade na assistência dos usuários. Deve-se reconhecer o esforço e a iniciativa do governo estadual ao criar o PIAPS e a Rede Bem Cuidar RS, a qual se aproxima da proposta de equipe multidisciplinar, tipo Nasf-AB. Todavia, a implementação garante apenas uma equipe por município o que poderia comprometer a qualidade dos atendimentos em municípios mais populosos. E na capital, o acesso ao atendimento especializado ofertado na APS pela rede própria do município ficou reduzido, o que deve direcionar essas demandas para a atenção secundária, via Gercon, ampliando filas e impondo morosidade nas consultas.

Identificar que percepção os usuários têm sobre o trabalho da equipe Nasf-AB na US foi um objetivo igualmente alcançado neste estudo, quando os participantes reconhecem a inexistência, na rede municipal de atenção primária, a impossibilidade de atendimento pelos núcleos de nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional nas unidades próprias do município. Outro objetivo que poderá ser alcançado, tem relação com a visibilidade das contribuições registradas, a partir dos relatos, sobre as ações e intervenções promovidas pela equipe Nasf-AB junto aos usuários, contidas neste documento cuja socialização estará disponível para acesso aos membros das equipes da US para fins de reflexão e, reconhecimento do valor, da importância das ações desses profissionais, não somente do matriciamento nos

casos como na prevenção, promoção e recuperação da saúde ampliada da população assistida. Resta agora, em novo cenário político nacional, de renovação de esperanças após crise sanitária, política, social e econômica, a “revogação massiva dos canetaços presidenciais” a favor dos direitos humanos, dos direitos sociais, da liberdade de expressão rumo ao modelo societário justo e igualitário para “todes”!

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 3ª reimp. da 1ª edição, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, no 39, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020 - DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **PORTARIA Nº 37, DE 18 DE JANEIRO DE 2021**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

CARLA, Maria. **Bolsonaro corta 60% do dinheiro da Farmácia Popular para abastecer as emendas do relator**. Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/bolsonaro-corta-60-do-dinheiro-da-farmacia-popular-para-abastecer-as-emendas-do-relator/>. Acesso em: 20 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Abril da Saúde 2021: CNS Mobiliza Conselhos e**

Sociedade em Defesa do SUS e da Vida. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1668-abril-da-saude-2021-cns-mobiliza-conselhos-e-sociedade-em-defesa-do-sus>. Acesso em: 06 jan. 2022.

CORONAVÍRUS – BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 out. 2022.

Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 08 set. 2022.

FREITAS, Carlos Machado de et al. O Brasil seis meses após a declaração da Covid-19 como pandemia global. In: BUSS, Paulo M.; FONSECA, Luiz Eduardo (org.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2020. p. 281-301. ISBN 978-65-5708-029-0. (Série Informação para Ação na Covid-19).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!** 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

LAVILLE, Christian; DICONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settinieri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social : teoria, método e criatividade.** 23. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2004.

MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BREDÁ, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 38-51, set. 2018.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. **Reescrevendo o Público.** São Paulo, Ed. Xamã, 1998.

MOREIRA, Cássio Silva; NULLE, Andressa Lopes. A Previdência Social: reforma ou há alternativas? **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 3 (67), p. 791-819, set.-dez. 2019.

NETO, ALBERI. Fila do SUS em Porto Alegre é a maior em quatro anos. **Gaúcha ZH**, Porto Alegre, 13 jan. 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/01/fila-do-sus-em-porto-alegre-e-a-maior-em-quatro-anos-ckycas3ib0003015pzbcicyc9f.html>. Acesso em: 21 set. 2022.

STJ.JUS.BR.**Governador do Amazonas vira réu no STJ por fraude na compra de respiradores.** Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/20092021-Governador-do-Amazonas-vira-reu-no-STJ-por-fraude-na-compra-de-respiradores.aspx>. Acesso em: 14 out. 2022.

TOBAR, S.; LINGER, C. América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a crise econômica e social. In: BUSS, P.M., and FONSECA, L.E. eds. **Diplomacia da saúde e Covid-19:** reflexões a meio caminho [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020.

CNN BRASIL: Quase R\$ 2 bilhões: Relembre operações da PF contra desvios na pandemia. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/quase-r-2-bilhoes-relembre-operacoes-da-pf-contra-desvios-na-pandemia/>. Acesso em: 14 out. 2022.

TabNet Win32 3.0: CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Informações de saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. Acesso em: 20 out. 2022.

As novas roupagens da educação em saúde nos serviços de saúde comunitária a partir da pandemia da covid-19

Luiza Barreto Eidt, Maria Lúcia Rublescki Silveira, Camila Guedes Henn

Resumo

Este artigo propõe-se a discutir, caracterizar e contextualizar as ações de educação em saúde desenvolvidas nos serviços de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no período da pandemia da covid-19. As ações de educação em saúde fazem parte das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica em Saúde e ganharam novos contornos com o advento da covid-19, por vezes foram suspensas e depois retomadas, principalmente através das mídias sociais em um contexto de restrições, protocolos e aberturas graduais. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, norteadas pelo método dialético crítico e que tem como problema de pesquisa o questionamento: Quais são e como se conformam as novas formas de fazer educação em saúde no contexto da pandemia, criadas pelas equipes dos serviços de saúde comunitária do GHC? Os sujeitos da pesquisa foram os/as assistentes de coordenação e outros/as integrantes das equipes, profissionais dos serviços de saúde comunitária do GHC da gerência distrital Leste, através da técnica de amostragem não probabilística do tipo bola de neve. Os achados demonstram que a educação em saúde se traduziu nesse período de pandemia envolvendo os três principais atores: gestores, profissionais e usuários. Ocorreu com metodologias conhecidas e outras desconhecidas até então, através das mídias sociais. O uso dessas ferramentas indica um novo caminho contraditório para promoção da saúde e do cuidado condizentes com a realidade da população usuária, em um contexto de novas e velhas necessidades em saúde. O uso das mídias sociais apresenta diferentes dilemas e pontos ainda de interrogação, mas que se fizeram presentes no período de restrição de contato com a população usuária. O tema da pandemia fora recorrente em todas as ações analisadas.

Palavras-chave: educação em saúde; covid-19; Atenção Básica; mídias sociais.

Introdução

A construção desse estudo foi se delineando no decorrer de nossa inserção em um serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na condição de assistente social residente, integrante do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC. Assim como é fruto de dois anos de vivência e inquietações derivados dos diferentes espaços teóricos frequentados nesse período.

A partir dessas inquietações, buscamos versar sobre educação em saúde em tempos de pandemia, suas ações, atores, novidades e limitações em um período de restrições e muitas dúvidas que exigiu criatividade, reorganização e novas práticas que ainda se conformassem enquanto educação em saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

As práticas de educação em saúde fazem parte dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, no âmbito da Atenção Primária à vigilância em saúde. O termo

“educação em saúde” surgiu no cenário da saúde desde as primeiras décadas do século XX e acompanha o avanço da saúde pública no Brasil desde as campanhas sanitárias até a compreensão da saúde enquanto determinação social e histórica (Falkenberg et al., 2014).

A educação em saúde está situada no campo de disputa de projeto societário e projeto de saúde e historicamente esteve atrelada a normatividade de padrões sanitários, alcançando, contemporaneamente, seu papel educativo de construção conjunta de saberes e práticas entre profissionais, gestores e usuários. O Ministério da Saúde conceitua educação em saúde enquanto:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde (...) Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2012a, p. 19).

Compartilhamos da compreensão da educação em saúde que se constrói e reconstrói na mediação entre saberes e necessidades de diferentes atores, aproximando-se das reais necessidades em saúde da população usuária, uma vez que necessita fazer sentido no âmbito privado desses. Para Dantas (2010, p. 19) as práticas de educação em saúde, além do aprendizado de habilidades e técnicas, requerem principalmente “rediscussão de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas se dão”.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) inscreve as ações de educação em saúde enquanto atribuição comum a todos os profissionais membros das equipes de atenção básica, conforme disposições legais que regulamentam o exercício de cada profissão. Nesse sentido, a educação em saúde ganha centralidade no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica e se manifesta em seus processos de trabalho através da incorporação por parte da população usuária, de práticas sanitárias difundidas em intervenções coletivas e individuais, em visitas domiciliares, grupos e outras formas de fazer educação em saúde (Dantas, 2010).

Em 2020, essas práticas ganharam um novo pano de fundo que alterou de forma transversal a rotina e planejamentos dos profissionais de saúde no Brasil e no mundo, o coronavírus. No final de 2019, na China, foi identificado pela primeira vez o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), o vírus rapidamente se espalhou para outras regiões e países, ocasionando a pandemia da covid-19.

Para Ceccon e Scheneider (2020, p. 14) a educação em saúde nesse contexto de

pandemia não se resume ao ato de transmissão de conhecimento sobre o coronavírus, mas compreende “um processo ético, estético, político e pedagógico que requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e implementar ações inovadoras”. Nessa lógica, busca-se a valorização do indivíduo enquanto sujeito de transformação da realidade com autonomia para propor e pensar sobre o cuidado em saúde.

Diante dessa nova realidade de incompreensões, medos e incertezas, a produção de saúde tornou-se desafiadora no âmbito individual e coletivo, afetando todos os sujeitos envolvidos nesse processo, os usuários do Sistema Único de Saúde, os gestores, profissionais e estudantes da saúde. Não muito distante, afetou os Programas de Residência, alterando os espaços teóricos e de prática. Dessa mudança emergiu o interesse pelo tema de pesquisa, uma vez que nos distanciamos das tradicionais práticas de educação em saúde devido a restrições de contato e alteração dos processos de trabalho das equipes. Por outro lado, fomos apresentados a novas formas de fazer educação em saúde impostas pelo momento histórico e sanitário que exigem criatividade, adaptações e descobertas que possibilitem a manutenção do vínculo entre as equipes e a população adscrita, assim como a produção do cuidado e produção da saúde nessa nova realidade. Concordamos com Ceccon e Schneider (2020, p.08), ao afirmarem que:

Mesmo sob a orientação da quarentena e do isolamento social, os usuários continuarão a buscar os serviços de saúde, pois os problemas de saúde continuarão a afetá-los e é fundamental a produção do cuidado, ainda mais poroso aos anseios e necessidades da população. Portanto, a relação profissional-usuário continuará a ocorrer, e a aposta nas tecnologias leves e no cuidado humanizado são ainda mais fundamentais.

Percebemos na participação em espaços de troca de experiência com outros residentes, assim como na revisão da literatura, que as práticas de educação em saúde se conformaram, principalmente, através do uso das mídias digitais de informação e comunicação. Para Palácio e Takenami (2020), a covid-19 é a primeira grande pandemia da era das mídias sociais, e, diferentemente dos séculos passados, a saúde pública possui um novo aliado no seu enfrentamento.

As tecnologias da era digital têm exercido um papel fundamental na divulgação de informações pertinentes à doença, como: orientação da população sobre dados epidemiológicos, avanços e perspectivas na ciência, medidas de prevenção e controle, ajuda psicológica e especializada. Todas essas informações são amplamente divulgadas nas mídias sociais por meio de vídeos, estudos científicos, animações, simulações, aplicativos de monitoramento e informações compartilhadas em grupos de aplicativos de mensagens. (Palácio; Takenami, 2020, p. 12)

A facilidade de produzir conteúdo digital vem acompanhada da era das *fake news*, o que demanda maior atenção das equipes na produção e divulgação de materiais de cunho educativo. Assim como torna-se desafiadora em um contexto de desigualdade que também se mostra desigual no acesso à informação e ao mundo digital. Durante a construção e execução desse estudo, fora de nosso interesse produzir conhecimento acerca das novas roupagens das ações de educação em saúde diante da pandemia que criou novas limitações, ao mesmo tempo em que propiciou descobertas que necessitam de publicização que contribuam também para a literatura ainda tímida sobre o tema. A partir dessas inquietações e reflexões surgiu nossa questão de pesquisa: **Quais são e como se conformam as novas formas de fazer educação em saúde no contexto da pandemia, criadas pelas equipes dos serviços de saúde comunitária do GHC?**

Para responder ao problema de pesquisa, traçamos como objetivo geral: **Conhecer as novas formas de educação em saúde criadas pelas equipes dos serviços de saúde comunitária do GHC, a partir do contexto da pandemia da covid-19, a fim de caracterizar as ações planejadas e adotadas por estas equipes.** Outros objetivos foram propostos com o intuito de dar visibilidade às novas ações de educação em saúde realizadas a partir da pandemia da covid-19: identificar as novas ferramentas empregadas pelas equipes no fazer de educação em saúde, identificar e analisar as dificuldades e potencialidades existentes na implementação de novas ações de educação em saúde pelas equipes dos serviços de saúde comunitária e avaliar a possibilidade de manutenção das novas ações em saúde nos territórios pelas equipes. É sobre essas indagações e outros achados que versaremos nesse artigo.

Educação em Saúde

Antes de versarmos sobre o termo “educação em saúde”, é necessário distingui-lo do termo “educação na saúde”, por vezes utilizado indistintamente por profissionais e estudantes da área. A educação em saúde se constitui enquanto processo político-pedagógico entre profissionais de saúde, gestores e usuários no desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, com o desvelamento da realidade e proposições transformadoras no sentido da promoção da autonomia dos usuários, considerando-os como “sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade” (Falkenberg et al., 2014, p.02). A educação na saúde é conceituada e compreendida enquanto “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Brasil, 2012a, p. 22).

A educação em saúde, no terreno da saúde coletiva no Brasil, é carregada de historicidade e relaciona-se diretamente com a dimensão histórico-social do processo saúde-doença, manifestando-se no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde. Morosini et al. (2009) destaca que a compreensão das diferentes concepções de educação em saúde perpassa o entendimento das concepções de educação, saúde e sociedade. Ainda segundo as autoras, podemos situar o final do século XIX e o início do século XX, como momento histórico para a construção de concepções e práticas de educação e saúde fundadas na higiene enquanto “campo de conhecimentos que se articulam, produzindo uma forma de conceber, explicar e intervir sobre os problemas de saúde” (Morosini et al., 2009, s/p) . Nesse terreno a higiene associa-se ao ideário liberal e seus fundamentos políticos individualizando a responsabilidade pela produção da saúde.

Destarte, a Higiene centrava-se nas responsabilidades individuais na produção da saúde e construía formas de intervenção caracterizadas como a prescrição de normas, voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social (casa, escola, família, trabalho), que deveriam ser incorporadas pelos indivíduos como meio de conservar a saúde (Morosini et al., 2009, s/p).

Outras formas de educação em saúde pautavam-se por ações verticais de cunho informativo na busca por mudanças de hábitos de vida. Nessa configuração, educação e saúde apresentavam paralelismo entre as áreas com distinção dos instrumentos de trabalho com “a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças” (Falkenberg et al., 2014, p. 02).

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos coerentes. O discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde (Alves, 2005, p. 43)

No Brasil, a educação em saúde emerge no contexto das campanhas sanitárias com a expansão da medicina preventiva em algumas regiões do país. Período marcado pela necessidade de controle das epidemias de febre amarela, varíola, peste, tuberculose e outras nos centros urbanos, culminando com as primeiras iniciativas de educação em saúde, essas que “voltavam-se principalmente para as classes subalternas e caracterizavam-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade” (Alves, 2005, p. 44). A polícia sanitária liderada por Oswaldo Cruz é o grande

marco histórico desse período, um movimento marcado pela “vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças” (Alves, 2005, p. 44).

O início da década de 1960 é marcado pelo advento da medicina comunitária, com a requisição da participação comunitária na resolução dos problemas de saúde vivenciados. Mantinha-se o discurso da culpabilização, porém em sua dimensão coletiva.

As práticas de educação em saúde comunitárias partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde devendo, para isto, ser conscientizadas. Os determinantes sociais desses problemas, contudo, não eram levados em consideração (Alves, 2005, p. 45)

O regime militar, período esse marcado pela expansão da medicina curativa e serviços médicos privados, restringiu as práticas de educação em saúde devido às limitações institucionais e sua manifestação ocorria pelo controle sobre os sujeitos (Alves, 2005; Smeke e Oliveira, 2001). A década de 1970 é marcada pela insatisfação e aparição de movimentos sociais que, através de populares e intelectuais, aproximaram-se das práticas educativas de Paulo Freire, iniciando um movimento de ruptura com as práticas educativas autoritárias e normalizadoras pelos profissionais de saúde. Nesse bojo emerge o movimento da Educação Popular em Saúde, incorporando o saber popular e a participação visando processos educativos mais democráticos (Vasconcelos, 2001; Falkenberg et al., 2014; Alves, 2005).

A educação popular em saúde é um movimento histórico de mudanças, inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira [...] A educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população (Falkenberg et al., 2014, p. 03).

O movimento da educação popular em saúde aponta para uma relação horizontal entre profissionais e usuários, priorizando o diálogo com a valorização dos saberes, iniciativas, modo de vida e organização dos usuários. Na educação popular em saúde, o usuário é reconhecido enquanto sujeito ativo na vida social, dotado de saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, bem como sujeito “capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (Alves, 2005, p. 46). Ainda que se apresente como potência na construção de uma relação de cuidado e produção de saúde mais democrática, a educação popular em saúde se configura enquanto desafio aos gestores e profissionais de saúde na busca de práticas mais

integrais e em consonância com a realidade da população.

No presente tempo histórico a educação em saúde assume um cunho educativo vinculando-se com a promoção da saúde e sua necessidade de processos de participação e aquisição de habilidades por parte da população usuária visando a transformação de condições devida e de saúde (Dantas, 2010). Segundo Alves (2005, p. 43) a educação em saúde se define enquanto:

Recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Vasconcelos (1999) aponta que, entre os serviços da saúde, a atenção básica configura-se enquanto espaço privilegiado para a práticas educativas em saúde devido sua particularidade de proximidade com a população usuária, seus modos de vida e necessidades em saúde, bem como por sua centralidade de ações preventivas e promocionais. Para Dantas (2010) a incorporação dos determinantes sociais em saúde ao conceito de saúde com a requisição de prática de prevenção e promoção da saúde que visem o enfrentamento desses determinantes e a transformação das condições de vida da população usuária, trouxe uma nova conotação às práticas de educação em saúde. Desse modo, “o formato tradicional da educação em saúde passa a ser questionado e em seu lugar se propõe uma educação em saúde pautada pelo diálogo e mediação entre saberes distintos” (Dantas, 2010, p. 50).

A materialização da educação em saúde na perspectiva da construção e ampliação de saberes, no fortalecimento da autonomia dos usuários na compreensão dos processos de saúde e doença, bem como na transformação concreta das condições de vida, requer o rompimento das concepções tradicionais de educação em saúde. Trata-se de concepções normativas e prescritivas que vislumbram no profissional a detenção do saber, ignorando a realidade sócio-cultural e econômica da população usuária. O rompimento não ocorre a passos largos, mas exige mudanças cotidianas na promoção da saúde e compartilhamento do cuidado, conforme as condições de trabalho, recursos disponíveis, concepções adotadas e abertura para revisões.

Atenção Básica

O uso da terminologia da atenção básica no Brasil foi adotada desde 1996, pelo Ministério da Saúde para definir atenção primária em saúde (APS), apoiado na discussão de

profissionais da saúde coletiva com influência de discussões internacionais, como a Declaração de Alma-Ata sobre atenção primária à saúde (APS) (Dantas, 2010; Giovanella et al., 2020). A declaração datada de 1978 segue inspirando movimentos sociais, profissionais e governos alinhados na defesa da saúde enquanto direito universal e, conforme o documento:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

No contexto brasileiro, as primeiras iniciativas que antecederam a atenção primária estão relacionadas com o trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desde os anos 40, com grande influência da medicina preventiva. O Sesp contava com programas de cunho preventivo e curativo traduzidos em campanhas sanitárias, visitas domiciliares, atendimento médico ambulatorial, serviços de internação hospitalar e de urgência organizados de forma regionalizada e hierarquizada (Fausto; Matta, 2007).

As ações desenvolvidas pelo Sesp tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam as de saúde. Entretanto, a atuação do Sesp limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como áreas centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde (Fausto; Matta, 2007, p.53).

Destaca-se ainda, entre as primeiras experiências brasileiras de serviços municipais no fim da década de 1970 e início dos anos de 1980, a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), estruturado em um modelo assistencial composto por sistemas integrados abrangendo atenção básica e estrutura hospitalar (Closs, 2013). Essa, assim como outras experiências, apontam para uma alternativa ao modelo assistencial-privatista existente, compondo processos de mudança na organização da política de saúde brasileira

culminando na Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, além da discussão e defesa da saúde enquanto direito universal amparado na equidade e universalidade, discutia-se também a APS e a promoção da saúde. Na década de 90, no auge do pensamento neoliberal no Brasil e após criação do SUS, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991 e, posteriormente em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) enquanto modelo para reorientar a prática assistencial na APS (Giovannella et al., 2020; Dantas, 2010).

Para Viana e Dal Poz (2005) a formulação do PSF ocorreu no período denominado de “vazio programático” nos três níveis de governo, uma vez que nada fora criado de novo e efetivo para o sistema, assim como “cada vez mais, a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área da saúde, sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social” Viana e Dal Poz (Viana e Dal Poz, 2005, p. 241). O PSF foi aprimorado nos anos seguintes enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Até o ano de 2006 a APS não possuía regulamentação própria, sendo regulamentada por diferentes portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde a fim de fortalecer o processo de descentralização do sistema através de incentivos financeiros aos estados e municípios (Gomes et al., 2020). Dentre as normativas, em 1996, é publicada pelo Ministério da Saúde a Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96) que, conforme Gomes et al. (2020, p. 1328) se configura enquanto “iniciativa determinante para a implantação das equipes do PSF, que modificava completamente a lógica de financiamento e permitia a maior mudança do modelo assistencial vista até então”.

O governo federal em 2006 publica a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no intento de estabelecer diretrizes organizacionais, considerando os princípios dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, assim como a ampliação nacional da ESF como modelo prioritário na condução da APS (Gomes et al., 2020) a PNAB.

Construída mediante a utilização de sólida base científica, a PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros (Gomes et al., 2020, p. 1328).

Conforme necessidade de adequação dos serviços, processo transversal na formulação

de políticas públicas, a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017. Para Gomes et al. (2020), é preciso situar essas revisões nos distintos governos atravessados por contextos socioeconômicos diferentes, assim como na incorporação de vários programas nas edições seguintes. Cabe destacar que o processo de revisão em 2015, para a nova PNAB, ocorreu “fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o MS e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde” (Gomes et al., 2020, p. 1328), período marcado pelo impeachment da então Presidente da República Dilma Rousseff, em maio de 2016.

A PNAB (Brasil, 2017) traz em seu texto a equivalência dos termos Atenção Básica e Atenção Primária de forma a associar a ambos os princípios e as diretrizes contidos em seu texto. Também aborda que a atenção básica deverá ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, conforme necessidades e demandas do território, explicitando a relevância dos determinantes e condicionantes de saúde na oferta.

A PNAB (Brasil, 2017) em seu Artigo 2º, conceitua Atenção Básica enquanto:

...conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Ainda em sua definição, a Atenção Básica é definida enquanto principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, seguindo os seguintes princípios e diretrizes:

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade

II – Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade. (Brasil, 2017)

Também são definidos pela PNAB (BRASIL, 2017), as unidades ou equipamentos de saúde correspondentes ao âmbito da Atenção Básica, sendo elas: Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel. Quanto a composição das equipes, preconiza composições diferentes para: Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe da Atenção Básica (eAB), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

A atual conjuntura brasileira traz preocupações no que tange às práticas e configuração da APS, dado que vivenciamos um cenário de “ameaças à multiprofissionalidade das equipes, prioridade ao pronto atendimento e enfraquecimento do enfoque territorial comunitário” (Giovanella et al., 2020, p. 1478). Esses atributos vêm sendo desconsiderados nas diversas iniciativas e programas do Governo Bolsonaro.

É necessário revisitar as heranças da Reforma Sanitária com o fortalecimento dos movimentos sociais e enfrentamento para manutenção e ampliação da política de saúde em seus diferentes níveis de atenção, principalmente em um momento pandêmico que acirrou a desigualdade social e evidenciou o declínio da proteção social no país

Pandemia da covid-19

No final do ano de 2019, na China, surge a doença causada pelo novo coronavírus, a da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). No dia 31 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que a doença causada pelo novo coronavírus se caracterizava como pandemia, a pandemia da covid-19.

A OMS (*apud* Fiocruz, 2020, s/p) conceitua pandemia enquanto:

disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

No Brasil, a confirmação do primeiro caso ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Até o dia 27 de dezembro de 2020, data de início de formulação desse estudo, conforme dados disponibilizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no mundo já haviam 66.422.058 casos confirmados e 1.532.418 mortes, sendo 28.355.791 casos confirmados e 750.968 mortes na Região das Américas. No Brasil, conforme a plataforma digital CORONAVÍRUS BRASIL, do Ministério da Saúde, contabilizava-se até a mesma data, 6.623.911 casos confirmados e 177.317 óbitos. A região sul contava com 1.054.480 casos confirmados e 17.747 óbitos.

Devido seu alto contágio e necessidade de medidas imediatas de enfrentamento,

estratégias sanitárias foram adotadas como isolamento, quarentena, distanciamento social, uso de máscaras, higiene das mãos e alteração no fluxo de atendimento em diferentes serviços de saúde. Conforme Palácio e Takenami (2020) essas medidas visam a prevenção da infecção e disseminação do vírus de imediato, enquanto busca-se respostas em relação ao tratamento e desenvolvimento de uma vacina, assim como a prevenção de um colapso dos sistemas de saúde.

Os principais sintomas da covid-19 são febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dor de cabeça, congestão nasal, perda de paladar ou olfato, dor de garganta conjuntivite, diarreia e outros. Também é possível estar infectado e não apresentar sintomas. (OPAS, 2020). Quanto a transmissão, essa ocorre principalmente, por gotículas, secreções respiratórias ou contato direto com o indivíduo infectado. Como resposta científica à covid-19, foram desenvolvidas diferentes vacinas em âmbito mundial. Inicialmente como estudo clínicos, as vacinas tornaram-se a principal arma contra o vírus e diminuíram drasticamente os números de óbitos, internações prolongadas e transmissão. Em consulta aos dados disponibilizados pelo Governo Federal no site “COVID-19 no Brasil”, até a data de 17/01/2022, o país contabilizava 23.074.791 casos confirmados de covid-19 e desses, 621.166 óbitos.

O número expressivo de óbitos está ligado a medidas restritivas tardias, assim como a falta de incentivo do atual Governo às medidas de prevenção e, principalmente, ao atraso na adoção e aplicação de vacinas. O início da vacinação completou um ano no dia 17 de janeiro de 2022, quando fora aplicada em São Paulo, no ano passado, em uma enfermeira, profissional da saúde na linha de frente contra a covid-19. Período em que o Estado de São Paulo se configurou enquanto pioneiro na imunização de profissionais da saúde, indígenas e quilombolas (G1, 2022). Até o dia 18 de janeiro de 2022, o Brasil, segundos dados do Ministério da Saúde, ultrapassou a marca de 340 milhões de doses aplicadas (Brasil, 2022). Outro importante marco é o anúncio pelo Ministério da Saúde, no dia 05 de janeiro de 2022, da inclusão de crianças no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO). Com a faixa etária de 05 a 11 anos, a imunização não será obrigatória (UNASUS, 2022). Um dos grandes desafios no atual momento histórico de enfrentamento à pandemia, é o movimento político de negacionismo, este que será abordado e aprofundado na discussão e resultados.

A pandemia da covid-19 trouxe ao mundo uma demanda de reorganização tanto no âmbito privado, quanto no âmbito público. Hábitos, processos históricos, normativas, modo de ver e se posicionar no mundo, todos foram revistos. No campo da política de saúde não foi diferente, os processos de trabalho e orientações foram reinventados para dar conta dessa nova realidade que exige dos serviços e profissionais da saúde todo tipo de atenção.

A pandemia não atingiu apenas os profissionais de saúde, mas todos os atores envolvidos nesse processo saúde-doença. Os usuários do Sistema Único de Saúde também estão aprendendo a se relacionar de outra maneira com os serviços de saúde e seus fluxos históricos,

além de conviverem com a insegurança e o medo inerentes nesse período de pandemia.

A Atenção Básica em Saúde aprendeu a se reinventar no modo de produzir saúde e cuidado, principalmente pelo imediato distanciamento dos seus usuários, antes acompanhados de forma sistemática e na intimidade dos lares e famílias. O distanciamento se apresenta já na porta de entrada dos serviços que precisaram abandonar as portas abertas e reduzir o fluxo de entrada, com triagem prévia na recepção por profissionais em nova função.

Os movimentos sociais e os espaços de controle social iniciados na atenção básica e seus constituintes também se distanciaram com a impossibilidade do encontro presencial tão fundamental nesses mecanismos de participação social. As abordagens grupais referente aos programas e público alvo do território se esvaziaram e demandaram outros meios de manutenção do vínculo, sendo a tecnologia a melhor aliada nesse momento com as ferramentas de mídia social. As equipes reinventaram seus processos de trabalho para seguirem correspondendo às demandas em saúde do território, cuidando dos pacientes sintomáticos e assintomáticos.

A pandemia instaurou um novo desafio à saúde pública e, na Atenção Básica, está exigindo das equipes uma nova forma de responder a esse desafio sem perder de vista as demandas históricas e pulsantes no território. Os profissionais, gestores e usuários estão aprendendo a conviver na linha tênue da materialização das diretrizes da atenção Básica em consonância com a covid-19, seus sintomas, prejuízos e perdas.

Metodologia Empregada

Trata-se do referencial teórico **dialético-crítico** que norteou nossa pesquisa, o qual permite uma interpretação totalizante e dinâmica da realidade, pois “estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc” (Gil, 2008, p. 14).

O método dialético-crítico possui um caráter teórico-prático, de desocultamento e transformação da realidade, não se resume ao método expositivo, ele parte e retorna ao real (Prates, 2016). A escolha do método, para Prates (2012), pressupõe valores que expressam nossa concepção de mundo e de homem, esse determinado pela sociedade, pela estrutura e superestrutura. Como parte e retorna ao concreto, considera a concretude da vida. A dialética é materialista e histórica, não se contenta com a superficialidade dos fatos, busca uma explicação totalizante da realidade.

A dialética materialista histórica enquanto uma postura, ou concepção de mundo; enquanto método que permite apreensão radical (que vai a raiz) da realidade e, enquanto práxis, isto é,

unidade de teoria e prática na busca da transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica. (Frigotto, 1994, p. 73)

O método dialético crítico possibilita apreender os fatos investigados através da relação desses com o contexto social, político e econômico, considerando constantes mudanças, negando um conhecimento rígido e engessado, pois está calcado no movimento dialético. Nas palavras de Frigotto (1994, p. 73):

a dialética para ser materialista e histórica, não pode constituir-se numa camisa-de-força fundada sob categorias gerais não-historicizadas. Para ser materialista e histórica tem de dar conta da totalidade, do específico, do singular e do particular.

Nesse sentido, em qualquer estudo/investigação norteado por esse método, é fundamental considerar as categorias dialéticas: totalidade, historicidade, cotidiano e contradição. **Educação em saúde, pandemia, covid-19 e atenção básica** são as categorias explicativas da realidade dessa pesquisa. Como são partes de um todo, essas categorias são compreendidas enquanto produto histórico à luz das categorias dialéticas.

Nossa pesquisa é de caráter qualitativo e, conforme Minayo (2001), a representatividade da pesquisa qualitativa não está baseada em seu critério numérico. A autora considera fundamental nessa etapa, o questionamento de "quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? (Minayo, 1992 *apud* Minayo; 2001, p. 42).

Os sujeitos da pesquisa foram os **coordenadores/as das equipes nos serviços de saúde comunitária** do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e outro **integrante da equipe**. Fizemos uso da **técnica de amostragem não probabilística do tipo bola de neve** (Albuquerque, 2009). A pré-amostra correspondeu a **04 coordenadores/as das Unidades de Saúde do GHC da gerência distrital Leste** (US Barão de Bagé, US Vila SESC, US Divina Providência e US Coinma), esses/as que indicaram, após a entrevista, outro/a integrante de sua equipe que possuía propriedade sobre as ações de educação em saúde realizadas na unidade de saúde.

Cabe ainda informar que as indicações também ocorreram anteriormente, devido a impossibilidade de participação dos/as assistentes de coordenação das Unidades de Saúde. Tal movimento será problematizado a seguir nas discussões e resultados conforme análise dos dados.

Discussão e resultados

A pré-amostra delineada na formulação do projeto de pesquisa não se concretizou, prevíamos entrevistar 04 assistentes de coordenação, porém, dessas, entrevistamos 02. Assim

como 03 integrantes das equipes dos serviços de saúde comunitária da gerência distrital leste do GHC, indicados pelos responsáveis por esses serviços. O número reduzido justifica-se pela incompatibilidade de agenda, falta de tempo disponível devido às próprias requisições da pandemia, como trabalho exaustivo, reuniões, novos protocolos e reorganização dos processos de trabalho. Das 5 entrevistas realizadas, 3 foram presencialmente e outras 2 de forma online, fazendo uso do recurso de aplicativos de reunião online, nova realidade de encontro virtual possível em tempos de medo do encontro presencial. Sobre a caracterização dos sujeitos de pesquisa, a maioria (3) pertence à área de enfermagem e o restante (2) são integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF). Dessas, 3 estão inseridas no serviço de saúde comunitária entre 12 e 17 anos e 2 entre 5 e 8 anos.

Foi possível, através da coleta de dados em diferentes meses do ano de 2021, traçar uma linha histórica sobre as singularidades de cada período da pandemia, demandas, restrições, aberturas, retomadas, chegada da vacina e estratégias que dialogam com as ações de educação em saúde que, conforme a PNAB (Brasil, 2017), cabe às equipes “realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público”. Sendo assim, ações foram realizadas em um contexto específico, conforme demanda da população e das equipes, e se reconfiguraram nas adaptações necessárias ao momento sanitário enfrentado, pois “consideramos que a saúde tem uma dimensão sócio-material que influencia sua conceituação, podendo ser ‘historicizada’, isto é, compreendida de acordo como contexto histórico no qual está considerada” (Silva et al., 2010, p. 30). Consideramos historicizado todos os processos de promoção, prevenção e recuperação em saúde, entendemos a educação em saúde como instrumento de promoção da saúde em sua conotação macro-política.

Antes de caracterizar essas ações, é necessário um ponto de partida e nosso ponto foi a compreensão conceitual e prática da educação em saúde para as entrevistadas. A educação em saúde na maioria das falas envolveu a palavra “conhecimento” construído de forma individual ou coletiva em diferentes espaços. Também se configurou enquanto uma postura a partir do conhecimento adquirido que vai além da questão clínica e envolve diferentes atores e espaços para materialização dessas ações, do encontro entre os profissionais e destes com os usuários de forma contínua que se multiplica, uma vez que “não há um espaço único para que a educação em saúde seja realizada, pois ela requer encontros entre os sujeitos e esses podem acontecer em todos os lugares” (Palacio; Takenami, 2020, p. 13).

É a formação, o conhecimento em saúde. As ações também, o conhecimento gera uma atitude. a educação em saúde ela é contínua na minha visão, posso estar equivocada, mas na minha visão ela é contínua. A cada diálogo que eu posso ter

com o profissional que me procura questionando algo dos processos de trabalho ou do atendimento ao usuário, no momento que eu dou alguma orientação ou pesquisa com ele, eu estou fazendo educação em saúde. Inclusive com o usuário, não só com os profissionais. Eu entendo que o usuário abordou qualquer orientação ou direcionamento de conversa que a gente tenha, é educação em saúde. Pra mim é uma postura mais ou mesmo semelhante à questão do acolhimento que tem muita referência com a postura (ENTREVISTADA D)

Educação em saúde é tudo que se refere a trabalhar com a nossa população questões de saúde e essas questões de saúde podem ser muito variáveis pela complexidade e o entendimento de cada um, então ele tem que ser adequada à população, inclusive nas falas nas necessidades que às vezes parecem ser óbvias para nós e para elas às vezes não é, então, é esse o meu entendimento em educação em saúde. Tudo que trás uma melhoria na qualidade de vida do usuário entendendo as necessidades dele (ENTREVISTADA E)

As falas demonstram que a educação em saúde parte e retorna da realidade dos usuários, de suas necessidades em saúde. O que está em consonância com nossa compreensão de educação em saúde, de apropriação e sentido na vida privada dos usuários para além do repasse de informações, normativas e obviedades para os profissionais que orientam o cuidado em saúde, contrapondo-se a histórica versão da educação em saúde tradicional, normativa e higienista, pois “deve-se conhecer o outro e valorizar seus saberes, procurar meios que não sejam apenas reflexo de práticas reducionistas, impositivas e pontuais” (Palacio; Takenami, 2020, p. 13).

Também apontam metodologias de ações de educação em saúde e concepções que deveriam pautar de forma transversal as ações realizadas na atenção básica:

Eu acho que tem uma visão mais clássica da educação em saúde que é a gente ensinar as pessoas a se cuidarem que é um pouco uma visão mais normativa, como que a gente pode dizer ao outro, que me diz como eu devo me cuidar né, mas eu acho que educação em saúde seria muito da educação popular seria troca de saberes pensando na possibilidade de promover autocuidado em saúde. (Entrevistada B)

Eu tenho uma visão mais ampla de educação em saúde tradicionalmente. Eu entendo que é um processo de trabalhar com grupos, salas de espera aquela coisa mais de promover, eu diria se eu fosse pensar em como responder uma pesquisa eu pensaria nesses focos, mas eu acho que se a gente for levar ao pé da letra educação em saúde está em todo processo, deveria estar em todo processo de assistência. (Entrevistada B)

A fala de outra entrevistada indicou as ações de educação em saúde em tempos de pandemia enquanto ação de tentativa de redução de danos já existentes pré-pandemia e que foram acirrados com essa, no atual momento sanitário e político do país, como a fome, a

desigualdade, a falta de acesso à renda, desemprego, habitações precárias, insegurança e falta de informações confiáveis e científicas.

Em primeiro momento a tendência é dizer que educação em saúde é informar, compartilhar conhecimentos acerca, principalmente dos que as pessoas não podem fazer ou que deveriam fazer, mas isso é só no primeiro momento porque essa atividade de só informação não traz resultados se não for compartilhado com o significado que isso tem na vida de cada pessoa. Então, não adianta eu fazer um grupo, não adianta eu dar aulinha se eu não sei exatamente de que lugar aquele outro está falando ou está vivendo, como ele está vivendo, ainda mais na nossa comunidade que é muito, muito, muito carente. Atualmente a gente está... As pessoas vêm pedir comida, as pessoas vêm pedir cobertor que eles estão dormindo entre cinco, seis com um cobertorzinho só, então daí eu vou falar de lavar as mãos, eu vou falar de passar álcool gel. Isso agora na época da pandemia e a assim antes da pandemia que se fazia grupos de hiperdia, então esse tema de educação em saúde assim, eu creio que para mim hoje, eu te dizer o que é educação em saúde, é essa troca e tentar uma “redução de danos” vamos dizer assim, a partir daquilo que aquelas pessoas estão vivendo, aquela pessoa está vivendo como que a gente pode fazer para melhorar um pouco essa condição, eu acho que é isso (ENTREVISTADA A)

A equipe percebe o sofrimento. Tem a questão do empobrecimento da população que é uma coisa que eu vejo que os colegas têm falado muito, sobre o empobrecimento da população a dificuldade de acesso às coisas tanto que a equipe não dava cesta básica e a equipe se organizou e volta e meia a equipe da uma roupa, cesta básica que a unidade começou a doar e máscara. Então era uma coisa que a gente não fazia, digamos assim, mas nesse contexto de pandemia começou a fazer, digamos assim, uma preocupação com o empobrecimento da comunidade, então tem demanda de Covid, saúde mental e essa questão do empobrecimento da população, o desemprego a gente perdeu muitos recursos no território nos últimos anos tinha uma biblioteca aqui e fechou já é uma coisa que vem acontecendo, as escolas foram ficando muito precárias (ENTREVISTADA B)

Mais uma vez, a educação em saúde fora problematizada como uma ação que se materializa na vida concreta dos usuários, ultrapassando as recomendações sanitárias da pandemia que, muitas vezes, não possuem condições de serem seguidas e multiplicadas na vida concreta da população em determinados territórios. Construção de conhecimento que permita, através da realidade da população usuária, mudanças em consonâncias com os determinantes e condicionantes sociais em saúde do território que conta com vulnerabilidades estabelecidas. A fala da entrevistada A, traz à tona a necessidade de conceber a saúde em seu conceito ampliado, através da identificação dos determinantes sociais em saúde e dos direitos negados no sentido de ampliação do acesso integral no Sistema Único de Saúde, principalmente em tempos de

pandemia. A pandemia acirrou ainda mais o contexto de desigualdade incidindo diretamente nas demandas em saúde da população usuária. Tal fato nos remete à compreensão do conceito ampliado de saúde, vital em tempos de pandemia, em que a covid-19 mata em parceria com a fome, com habitações precárias, com a pobreza, com o desemprego estrutural, o medo e a insegurança social. Nesse sentido, conforme Ceccon e Schneider (2020, p. 10).

Durante a pandemia, todas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde(...) No que concerne à pandemia do Coronavírus, torna-se fundamental a produção do cuidado humanizado, a construção de vínculos, relações de confiança e garantia de acesso aos serviços de saúde. Estas práticas devem ser ofertadas tanto para quem adquire a covid-19 quanto para os demais usuários que continuam a sofrer com problemas de diferentes intensidades, agudos e crônicos. Estas práticas, além do mais, se constituirão como dispositivos para minimizar os efeitos psicológicos e sociais que a crise humanitária tem imposto à população.

As novas formas de produção e do cuidado seguiram obedecendo novas e velhas demandas em saúde, principalmente as necessidades sociais em saúde. A compreensão das necessidades em saúde como “produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (Nogueira; Miotto, 2009, p. 229), nos remete às necessidades sociais em saúde. Tal identificação dialoga com a compreensão de Cecílio (2004) de que, na perspectiva da integralidade, os determinantes sociais em saúde se traduzem em necessidades sociais em saúde. Nesse sentido, o autor aborda essas necessidades pela via de quatro conjuntos que utilizaremos para contrastar nossa análise:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que nesse caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação (Cecílio, 2004, p. 28).

As ações na atenção primária em saúde requisitam profissionais dotados de visão crítica da realidade, da vida como ela é e como é experienciada pelos diferentes sujeitos, diferentes “pacientes” que se assemelham no enfrentamento coletivo da pandemia, mas que guardam em si, processos particulares, processos sociais e necessidades sociais em saúde derivados de suas realidades. A educação e a saúde em interação de forma crítica “parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as

condicionam e determinam” (Morosini; Fonseca; Pereira, 2008, p. 157). Bem como:

a compreensão do processo saúde e doença como expressão das condições objetivas de vida ... descortina a saúde e a doença como produções sociais, passíveis de ação e transformação, e aponta também para um plano coletivo e, não somente individual de intervenção (Morosini; Fonseca; Pereira, 2008, p. 157)

Essa visão não se restringe apenas às ações de educação em saúde, mas a todas as ações planejadas e desenvolvidas nos serviços de saúde comunitária. Sendo assim, é fundamental nas ações de educação em saúde, visto que essas necessitam considerar os multifatores, os saberes pré-existentes e culturais dos sujeitos e seus territórios, para não se limitarem ao repasse de informação isolado e frágil no contexto privado de cada usuário. Em outras palavras, práticas educativas “sensíveis às necessidades dos usuários, incluindo crenças, hábitos, papéis, condições objetivas em que vivem e o envolvimento dos indivíduos nas ações de forma não impositiva” bem como a “compreensão da situação de saúde e consequente desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde” e a “capacitação dos indivíduos para que possam decidir sobre as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde” (Silva et al., 2010, p. 34).

Observamos também uma confusão conceitual sobre educação em saúde, educação na saúde e educação permanente, questão já pontuada anteriormente nesse texto, e comum em um contexto de muita informação e definições que permeiam os profissionais de saúde, por isso não será aqui problematizada.

Quanto ao planejamento das ações de educação em saúde pelas equipes, estas também foram alteradas pelo contexto da pandemia. Se antes as equipes tinham tempo e espaço destinado para reuniões e planejamento, ao longo da pandemia, com diferentes protocolos de restrições, esses espaços foram perdendo força devido a falta de lugares adequados com ventilação para reuniões, salas que se transformaram em locais destinados ao atendimento de pacientes sintomáticos e exaustão pelo trabalho que perdura até os tempos atuais da pandemia.

Cabe lembrar que nesse período inicial, o contato presencial com os usuários se restringiu às consultas médicas e atendimentos mais urgentes da equipe NASF e foram incorporando contato com usuários em tendas, portões, onde recebiam informações principalmente sobre cuidados e isolamento social, ações alternativas também de educação em saúde. Ao longo desse período, segundo as entrevistadas, as ações foram planejadas e definidas no espaço de gestão compartilhada do colegiado, na retomada das reuniões de equipe, em conversas entre núcleos de profissão, após as ações de educação permanente, quando as últimas

foram retomadas e autorizadas e, considerando os indicadores do serviço. Concordamos com Palácio e Takenami (2020, p. 14) quando estas afirmam que “educação em saúde é um processo e assim o sendo, requer a busca pelos melhores caminhos”, o que as equipes procuraram fazer nesse momento de inúmeras modificações no modo de promoção da saúde e do cuidado, assim como entende-se que este momento é propício a se repensar as práticas de educação em saúde e valorizá-las, cotidianamente, nos serviços de saúde.

Mas as ações de educação em saúde também permaneceram invisibilizadas, não problematizadas e nomeadas por um período, principalmente nos primeiros meses da pandemia em que os serviços necessitaram atender demandas mais urgentes e gritantes, principalmente a questão clínica e a falta de espaço físico apropriado e recomendado para reuniões presenciais, como já mencionado.

Tanto que a gente não consegue nem se reunir quase para discutir em equipe, tem um número máximo de pessoas nós não temos... a nossa sala de grupo foi transformada numa sala covid é um ambulatório lá depois eu te mostro lá, virou um mini hospital ali, então as reuniões de equipe a gente está fazendo por segmento aos pouquinhos e é isso (ENTREVISTADA A)

Estar atrelada a atividades coletivas foi determinante para essa ausência no planejamento e ação das equipes dos serviços de saúde comunitária, bem como possível desconsideração de sua potencialidade que pode ser, ou não, rotineira em alguns serviços. O medo dos encontros também geraram conflitos entre as equipes, de opiniões divergentes sobre flexibilização de encontros, bem como a paralisação por tempo indeterminado das ações programáticas que eram gatilhos para o planejamento das ações de educação em saúde.

A gente que tem uma visão mais ampliada enxerga que até pode ter acontecido coisas, mas se você for levar assim, o que estávamos fazendo para promover educação em saúde, eu acho que muito pouco. Assim, não se fala nada praticamente sobre isso. Eu acho que já tinha um processo de desvalorização de espaços coletivos, a equipe é muito assim de consultas e atender, então às vezes esse trabalho de educação em saúde é algumas pessoas que vinham puxando, já teve mais sobre fazer com empolgação, com isso, ultimamente já estava mais fragilizado (ENTREVISTADA B)

Sem definições, eu não consigo visualizar assim, talvez a gente até esteja fazendo, mas nós não estamos nem discutindo essa questão (ENTREVISTADA A).

Retomadas também foram apontadas como necessidade de respostas aos danos em relação à saúde mental causados pela pandemia e outros prejuízos no âmbito privado e coletivo explorando o vínculo construído entre equipe e usuários, sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde e percepção e pertencimento dos usuários quanto às modificações dos processos de trabalho durante a pandemia. Assim como um olhar atento ao que passou despercebido às equipes no período de afastamento da comunidade.

Em vários âmbitos a gente está tentando resgatar o nosso trabalho anterior e trabalhar com espaços em que as pessoas possam manifestar seus sentimentos porque a pandemia mudou muito a vida, então as pessoas precisam de espaço de falar. Então as nossas educações e as ações de educação em saúde têm sido focadas mais ou menos para isso (Entrevistada E).

Eu acho que resgatar um pouquinho a autoconfiança dos indivíduos, do ser humano, porque a gente precisa de convívio social e esse afastamento social foi muito dolorido para todo mundo. Então essa é uma questão que eu vejo que tem famílias que estão completamente afastadas e tem famílias que parece que a pandemia não existiu, estão circulando igual todo mundo teve Covid e se visitavam, mas eu acho que essa análise que a gente acaba fazendo indo para a comunidade seriam importantes ter um momento de resgatar com as equipes de vigilância e ver o que você viu e o que você não viu. (Entrevistada E).

Eu tenho que eles estão sedentos, muita gente que não usava o SUS está usando. Eles estão sedentos por saber informações, por querer compartilhar, por trocar... Eu tenho usuários bem receptivos, algumas pessoas são mais reativas porque estão num processo de sofrimento assim, mas a maioria recebe muito bem. Inclusive, todas essas mudanças no processo de trabalho, a comunidade em geral, recebeu bem e a gente teve poucos problemas (ENTREVISTADA B).

Mas e o que vem sendo produzido de educação em saúde ao longo desse período nas unidades de serviço de saúde comunitária do GHC? Quais os principais agentes envolvidos, temas e metodologias? As ações de educação em saúde se materializam de diversas maneiras e por diferentes atores, sempre envolvendo os três principais: usuários, profissionais e gestores. Das ações emergentes nas entrevistas e das inovações e modos tradicionais, podemos iniciar pelo recurso das salas de espera com explanação verbal e uso de cartazes/mural informativo. Tal ação foi muito desenvolvida principalmente nas unidades com pouco espaço físico em que os usuários aguardavam na parte exterior, com o uso de caixas de som e microfone.

Os principais temas abordados estavam relacionados inicialmente, às orientações e recomendações sobre a covid-19, conforme demanda imediata no começo da pandemia.

Orientações sobre direitos sociais, rede socioassistencial e, principalmente, sobre os auxílios de transferência de renda que iniciaram junto com a pandemia no Brasil, ou melhor, iniciaram por pressões exercidas sob o governo para que atendesse uma demanda emergencial da população. Informações fundamentais em tempos de pandemia e desproteção social. Atualmente as informações estão mais vinculadas às vacinas do coronavírus, critérios e idades e ações referentes a multivacinação do calendário vacinal. Falas individualizadas e coletivas também foram apontadas sobre asma, infecções sexualmente transmissíveis e saúde da mulher. A disponibilização de folders informativos também foram citados, com a ressalva da falta de atrativo visual e também, devido ao alto número de analfabetos nos territórios, o que novamente nos remete a vinculação da educação em saúde com a realidade da população usuária e a determinação social da saúde. A retomada de consultas sequenciais, nesse último ano, também foram elencadas como educação em saúde. O tema mais mencionado fora relacionado ao enfrentamento da covid-19, para sanar dúvidas, informar e orientar, tema transversal nas entrevistas.

Se for olhar como um ato individual nosso, de toda ação estarmos fazendo educação em saúde, foi o próprio contexto da pandemia, sintomas respiratórios, a questão da Covid, de todo conhecimento tentando elaborar um pouco mais para o usuário diante do conhecimento que a gente tem que também é restrito. As questões de vacina, as questões do dia-a-dia de todos os questionamentos que envolvem o usuário que vem buscar dos fluxos estabelecidos, do que é contato e o que não é. Parente, se fica próximo ou não fica, se tem atestado ou não tem. Teve todo um contexto voltado para os assuntos da pandemia (ENTREVISTADA E)

Nesse cenário da pandemia, e inúmeras incompreensões, medos, idas e vindas sobre a pandemia, Palacio e Takenami (2020) nos convidam a pensar sobre como ensinar o outro a pensar criticamente e de forma reflexiva sobre esse contexto? Como despertar sua autonomia? Como traduzir esse conhecimento requisitado e adquirido em decisões de cuidado para si e do coletivo? Esses são alguns questionamentos que perpassam a educação em saúde no atual contexto sanitário, cultural, social e político.

Outro ponto de encontro entre as falas trata-se do uso das tecnologias digitais de informação e comunicação, as mídias digitais e outras. Alguns recursos são conhecidos em práticas realizadas em outros períodos e com outra conotação, como o telefone, mas outras se tornaram exigência nesse momento. Para França et al. (2019, p. 111) ainda precisamos aprender sobre o uso das plataformas e mídias digitais, para “investigar e explorar o que já se usa, entendendo melhor como os diversos atores interagem com elas e em que cenários seus usos

podem ser otimizados, de acordo com os recursos de cada mídia e plataforma e sua cultura de uso, que é local e contextual sempre”.

Todas as entrevistadas também citaram os teleatendimentos, ou teleconsultas como novas formas de fazer educação em saúde, mantendo a longitudinalidade do cuidado e o vínculo. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS) recomendou o uso do teleatendimento como alternativa de oferta de cuidado em período de isolamento social e contenção de exposição para os usuários e profissionais da saúde. Conforme recomendações do órgão da Atenção Primária:

O teleatendimento pode ser feito por telefone e WhatsApp. As consultas a distância devem seguir protocolos já estabelecidos e ser realizadas através de escuta qualificada e avaliação de resultados de exames. Outra forma de colocar em prática o teleatendimento é usando as redes sociais para convidar os usuários cadastrados em sua unidade de saúde a participar de grupos virtuais de acolhimento e até de grupos de atividade física em tempo real. Nesses espaços, os profissionais podem compartilhar, com a comunidade que habitualmente atendem, cuidados terapêuticos e informações relacionadas à saúde (Brasil, 2020).

O Ministério da Saúde também estabelece que os gestores forneçam equipamentos digitais apropriados para a execução do teleatendimento e garantia da integralidade do cuidado. Os teleatendimentos citados corresponderam a busca ativa de grupos de risco, gestantes, telemonitoramento de pacientes sintomáticos respiratórios e na retomada dos indicadores e tomada de decisão clínica. Também emergiram falas sobre a demora na instalação de equipamentos e linhas telefônicas para absorver a nova demanda, o que tardou o uso do teleatendimento. Os teleatendimentos também ocorreram por demanda espontânea de usuários que recorreram ao serviço para certificação de orientações, novas orientações e informações de fluxos e exames.

Eu fiz muita teleconsulta agora na pandemia, inclusive de acompanhar esse paciente saber como está o hoje, como estão os cuidados com a família, sintomas clínicos. Então isso é uma coisa muito nova para nós e a gente fez muito isso, acho que toda equipe trabalhou muito assim, a mudança é que antes a gente tinha contato direto com o nosso usuário e com a pandemia a gente fez a distância e talvez até por esse distanciamento mesmo. (ENTREVISTADA E)

A gente ligou para todas as gestantes e não deixa de ser uma educação em saúde, disse que tinha que se vacinar para Covid para as lactantes, entrou em contato com os diabéticos, os grupos de risco para Covid. Agora, aos poucos, a gente está voltando a chamar as pessoas para se vacinar, para as outras

coisas conforme o calendário que, além de ser uma busca ativa, é uma educação em saúde, mas é basicamente isso assim (ENTREVISTADA A)

Se for pensar na questão da linha da tecnologia, eu vejo porque foi retomado agora o grupo das mulheres e muitas eu fiz questão de abordar na saída para saber como estavam, se estavam com saudade e a gente vê que assim, qual é ainda o meio de comunicação delas, é presencial ou telefone, ligação. Então aquilo que se faz por ligação, a gente percebe que ainda é para a população, principalmente idosa, ainda é muito mais benéfica do que um Whatsapp ou uma rede social. É uma coisa que a gente acaba também tendo que se adequar. (ENTREVISTADA C)

A última fala nos remete a importância do uso das ligações à população que não tem acesso ou pouca interação com outras mídias digitais, como *WhatsApp, Instagram e Facebook*. E como podemos pensar o uso dessas novas tecnologias e sua manutenção nos processos de trabalho e promoção da saúde nos serviços de saúde comunitária em um cenário alterado por restrições e novos protocolos?

Concordamos com a afirmativa de Silva et al. (2020, p. 86) sobre as mídias sociais e seu uso nos serviços de saúde:

As mídias e as plataformas virtuais não são meras mediadoras ou espaços isolados do cotidiano, elas integram a vida e constituem importantes canais de comunicação que participam ativamente das ações humanas diárias. Em termos de educação em saúde em um cenário completamente novo, onde o contato físico precisa ser limitado ao máximo, encontramos nesses meios de comunicação a possibilidade de transmitir conhecimentos e informações sobre práticas de autocuidado que alcancem o maior número possível de pessoas.

Dos 04 serviços de saúde comunitária do GHC, todos usam o *WhatsApp*. Dois não utilizam *Instagram*, mas utilizam o *Facebook* para a criação de conteúdos informativos e disseminação de informações interativas com a população adscrita. O uso ocorre por meio de linhas de transmissão, uso de vídeos, reportagens sobre saúde através de páginas oficiais de órgãos como Conselhos de Saúde, Secretaria de Saúde em várias âmbitos, associações de pesquisa e outras informações confiáveis. Para Silva et al. (2020, p. 89), “identificar conteúdos em páginas oficiais expressa um compromisso ético que envolve o compartilhamento de informações precisas, reduz o erro e a incerteza decorrentes do excesso das chamadas *fakes news*”. Esse é um dos dilemas éticos do uso das mídias sociais, assim como os cuidados com a identificação de quem emite, recebe e responde mensagens interativas, cuidado com essas mensagens de texto e de áudio que podem ser copiadas e reproduzidas, até mesmo printadas.

Cabe salientar que os serviços não receberam orientações sobre o uso dessas ferramentas, apenas os conteúdos produzidos são fiscalizados antes das publicações.

Sobre quem está à frente dessas novas ações de educação em saúde através das mídias sociais, as entrevistadas apontaram, na maioria, residentes, componentes do colegiado, assistentes de coordenação e agentes comunitários de saúde. Podemos conceber esses profissionais enquanto “atores da rede” que engendram e executam essas ações nos territórios (França et al., 2019, p. 111). Embora vasta a lista de profissionais atores das novas ações de educação em saúde, uma das entrevistadas citou a falta de colaboração de outras áreas, a falta da interprofissionalidade no planejamento e execução dessas ações buscando a integralidade em caráter permanente. Uma das entrevistadas apontou a falta de afinidade da equipe com as novas tecnologias e mídias sociais, embora façam uso e apostem enquanto potencialidade. Sendo essa uma das primeiras entrevistas realizadas, logo, ainda no processo de incremento dessas ferramentas com organização, planejamento e conhecimento por parte da equipe.

É uma coisa que ninguém tem muita afinidade aqui no posto com as ferramentas, mas eu acho que a gente aproveita muito pouco, eu acho que tem muito potencial se pensar no perfil do Instagram ou usar mais a lista de transmissão com os usuários. Talvez, fazer um grupo online o que está funcionando online é só reunião de conselho, mais é reuniões né, mas um grupo com a comunidade a gente nunca fez tem uns impasses aí que é o acesso para as pessoas também, mas eu acho que a gente tem um alcance maior tanto que teleatendimento eu também estou achando que tem um alcance maior (ENTREVISTADA B).

É uma coisa meio simples que eu cheguei aqui ninguém tinha feito. Acho que ninguém sabia mexer, tem uma equipe mais alheia às ferramentas, mas é uma coisa que eu acho que dá para explorar muito com a comunicação com a comunidade. Melhora muito o processo de comunicação você manda a informação para todo e Instagram seria muito legal se a gente pudesse ter, tem muita coisa para inovar nesse tipo a questão é a gente ter afinidade, suporte e organização. Eu acho que o pessoal gosta é do presencial, está todo mundo meio que de saco cheio (ENTREVISTADA B).

Sendo a educação em saúde, sua materialização por meio das mídias sociais também contou com os gestores, um dos agentes dessas ações, na disponibilização dos equipamentos, porém foi um processo, pedido que partiu dos profissionais de saúde, e fora apontado nas entrevistas a falta de capacitação para seu uso e salas equipadas e destinadas a execução e acompanhamento dessas ações, ficando estas sob responsabilidades dos profissionais.

Dificuldades eu acho que é a limitação do espaço e outra questão

também pro serviço que a gente vem discutindo, principalmente na questão da residência, são os recursos que se tem disponíveis. Por exemplo, o vídeo, o vídeo lá no início eles mandaram as câmeras e não foi ninguém lá para instalar, ninguém para te dizer tu faz assim ou faz assado. Quer dizer, tu tem que procurar, tu tem que ligar para dizer. Algumas situações, tu ligou e não está funcionando. Uma delas nós tivemos que mandar de volta e ainda bem que ainda estava no tempo que podia trocar o equipamento. Eu sinto falta do suporte técnico para algumas coisas. Achei bem interessante, mas isso me incomoda um pouco no início que a gente tem que correr atrás, a gente tem que dar conta. Então eu acho que esse suporte da instituição, acho que em termos de processo nesse momento da gente dispor do recurso e da poder ter um suporte para esse recurso porque é muito no tato também (ENTREVISTADA B).

Mas também existem contradições no uso das novas mídias sociais no fazer das ações de educação em saúde, o acesso desigual às tecnologias, questão geracional, fake news, negacionismo, pouca intimidade dos profissionais com os equipamentos e necessidade de maior participação da população na produção de conteúdo e disseminação que seja atrativa e condizente com a realidade. São barreiras que vão de encontro ao caráter democratizador dessas informações e conteúdos, das interações mediadas por tecnologias.

Dificuldade tem a geracional e questão socioeconômica. É básico esses dois pontos, ter a condição de ter um celular que baixe aplicativos como Instagram, ConecteSus. Ter essa rede social porque geracional, principalmente um idoso, basicamente, não tem rede social. Um idoso mesmo em idade mais avançada, muitos nem tem. Alguns em uma idade mais intermediária, a maioria é Facebook, que é uma rede social que a gente tem alguns pormenores para pensar sobre ter porque a gente já teve e tiveram alguns pontos que nos fizeram desistir de ter o Facebook. E o Instagram, querendo o, não já é uma geração mais jovem e exige um pouco mais de conhecimento. Eu conheço muitas pessoas de 40 anos que eu considero jovens e não tem Instagram porque não é da sua geração, ainda é o Facebook. Então imagina um idoso de 65, 70 anos, esse tipo de mídia já fica... O whats já é muito bom se já estão usando e ter o acesso a isso também porque a gente vê que não é a realidade da grande maioria, não é. (ENTREVISTADA D)

Eu acho que o Facebook é uma questão que está para todos, a gente vê que as pessoas têm. Mas eu acho também que essa pandemia evidenciou muito a questão da desigualdade, é uma coisa que eu e a residente discutimos muito. É uma questão que hoje a gente vê a nossa população muito carente e empobrecida. Para pedir um auxílio emergencial tudo, tu tem que usar o teu celular, “ai eu quero ver meu histórico no INSS”, tu não fala mais com a pessoa. Tu liga lá pro 135 e está a maquininha falando contigo. Então a dificuldade das pessoas, principalmente das mais velhas que estão em idade mais avançada, do uso, de saber usar e de ter acesso a essas ferramentas. Isso na nossa população foi uma das coisas que nos chamou muito a atenção e aí como que a gente profissional está fazendo e ajudando. Tem que fazer tal coisa e tem que ser no computador, então vamos sentar e fazer no

computador (ENTREVISTADA B).

Como eu disse a nossa sala de grupo não existe mais, a gente está fazendo teleconsultas, mas é muito complicado porque as pessoas hoje têm um telefone e amanhã não tem mais, imagina se a pessoa não tem o que comer ou o que cobrir, não vai ficar tendo celular (ENTREVISTADA A).

As falas e nosso debate condizem com os questionamentos sobre o alcance dessas ferramentas em um contexto de desigualdade, pobreza e outras preocupações mais urgentes de manutenção de condições concretas de produção e reprodução, assim como comorbidades pré-existentes. A preocupação está no sentido da participação de forma ativa e uma maior autonomia na busca do conhecimento por parte da população usuária em um perfil demográfico diverso e cultural em que o acesso à internet não é uma regra. Muitas vezes os usuários recorrem aos serviços para acesso ao sistema informatizado e integrado do Governo Federal, como “Meu INSS”, Carteira de Trabalho Digital, e, no início da pandemia, para acesso ao auxílio emergencial. São usuários que não possuem acesso à Internet e aparelhos que suportam aplicativos, bem como não possuem computador. Aí se encontra o dilema ético de acesso a informações de usuários e promoção da autonomia no uso desse rol informatizado e burocratizado.

Nesse sentido, questionamentos emergem nessa discussão: como promover educação em saúde a grupos populacionais que não possuem acesso à internet? Como fazer chegar a informação cientificamente validada à toda população? É possível aliar as tecnologias às práticas de educação em saúde para conhecer o outro, sua realidade? E identificar, na comunidade, indivíduos que possam ajudar nesse processo de educação, a partir da construção de redes de colaboração? (Palacio; Takenami, 2020, p. 13)

Quanto à participação dos usuários nas novas ações de educação em saúde para que não sejam mero expectadores e receptores de informação, conforme as entrevistas a maior participação decorre da interação entre os conteúdos produzidos que geram novas demandas e produções, quase sempre envolvendo temas da própria pandemia, fluxos do serviço e escancaram, por vezes, a falta de alcance da equipe em suprir as demandas dos usuários nesse período.

A comunidade é muito compreensiva eu acho, então eu acho que no geral recebem bem tudo que a gente oferece tanto que eu sempre digo eu posso atender por tele atendimento ou presencial, se eu abro um pouco mais no presencial esses querem vir no presencial, eles querem estar aqui, eles querem compartilhar, eles querem está na lista de transmissão do WhatsApp e manda mensagem, Eu sinto que eles estão precisando e a gente que não tem fôlego ou perna, articulação ou organização. (ENTREVISTADA B).

Mesmo em nova roupagem, cabe uma preocupação constante sobre a educação em saúde e, principalmente, no que concerne a participação da população usuária na figura da comunidade. Silva et. al (2010, p. 35) nos alertam que a educação em saúde também exerce a função de “reprodução e manutenção do poder em determinadas figuras sociais, como os profissionais de saúde e o próprio Estado: é uma continuidade do controle sobre os modos de vida de determinadas populações”. Concordamos, pois, os profissionais de saúde são a mão do Estado na vida privada das famílias, da população. E a educação em saúde também é a invasão da esfera pública na esfera privada, por isso toda atenção para fugir de práticas normatizadoras e impositivas. Nesse sentido, a autora também remete a educação em saúde para o campo do controle social, do casamento necessário para sair do plano individual e ganhar sua dimensão coletiva, assim como “sinonimizar” Educação em Saúde e organização da comunidade, uma vez que é fundamental:

Entender a comunidade como sujeito do processo educativo exige mais do que a escuta passiva do usuário, mas suscita a necessidade de considerar a capacidade de decidir, planejar e agir da comunidade. Assim, a Educação em Saúde deve estar focada na reflexão a respeito das condições sócio-estruturais da população. É a inversão do controle: não mais uma população controlada, mas que controla os determinantes do processo saúde-adoecimento e também decide sobre o planejamento em saúde (Silva et al., 2010, p. 35).

Outro fator de limitações das ações de educação em saúde em tempo de pandemia refere-se ao negacionismo, grande desafio aos profissionais em tempos de fake news e inversão de medidas adotadas e indicadas pelo Governo Federal. Para Morel (2020) as expressões do negacionismo da pandemia no Brasil estão articuladas a outros movimentos negacionistas como o negacionismo científico, negacionismo racial e ao negacionismo histórico, ambos diversos e heterogêneos, formando um fenômeno complexo. É nesse enredo de negacionismo que a entrevistada citou a dificuldade da equipe, principalmente vinculado ao negacionismo científico da pandemia, em fazer educação em saúde no contexto da pandemia.

Eu sei eu estou entendendo que é no plano das ideias e não estou aqui querendo fazer um discurso político, mas a gente... os meus usuários, a maioria não acreditam na Covid, a não ser aqueles que viveram na família. Além deles não terem dinheiro para comprar máscara, para ter máscara daí a gente fornece, a gente já forneceu muito e teve uma época que diminuiu a vinda, assim é como se fosse só com os outros a doença entende? Não é na minha casa, então eu faço festa de 15 anos, aniversários mesmo que seja do jeito dele, mas assim eles se juntam e tem muitos usuários de drogas que nunca deixaram de se reunir, então hoje e na época da pandemia seria uma questão que se eu pudesse intervir em cada um, eu não deixaria eles fazerem. Fora que vinham pedir a cloroquina etc.

Que a gente também tem que fazer toda uma educação para eles não usarem, não é nem não usarem e para eles entenderem que isso vai fazer mal para eles porque usar, eles não conseguem, porque não tem acesso porque a gente não está prescrevendo, mas muitos pedem muitos e muitos.

O negacionismo apropriado e reproduzido pela população usuária tem gênese, tem cara e nomes em uma conotação conjuntural. Concordamos com Morel (2020, p. 03) ao afirmar que:

Por mais que não tenhamos espaço para aprofundar todos os múltiplos atores que influenciam a difusão dessas teorias negacionistas da pandemia, não podemos deixar de apontar questões conjunturais fundamentais para tal difusão: as posições do presidente e de diversos porta-vozes do governo federal, que desde o início da pandemia buscam minimizar sua gravidade; as pressões de diferentes setores econômicos pela reabertura das cidades e pelo fim do isolamento; a insuficiência das medidas de proteção aos trabalhadores ante a pandemia. Esses e outros fatores influenciaram sem dúvida o crescimento das teorias negacionistas, fazendo coro ao apelo de parte da população por uma ‘volta à normalidade’.

O negacionismo não arrecadou apenas a parcela burguesa da população, mas invadiu territórios vulneráveis e empobrecidos, pois é um discurso fácil de ser reproduzido quando a figura suprema do país reproduz em todos os espaços e mídias, sem constrangimento. É um discurso irresponsável que mata e mata principalmente negros, pobres, mulheres, idosos e povos tradicionais, a chamada necropolítica.

Para finalizar, apontaremos as potencialidades e possibilidades de manutenção das novas ações de educação em saúde conforme os relatos, a herança histórica desse processo todo. A manutenção emergiu como nó crítico a ser priorizado, pois existe a defasagem da equipe pelas demissões das Agentes Comunitárias de Saúde, bem como falta de pessoal estabelecido para seguir, algo que seja nomeado, pois são existentes. Porém, com maior estímulo, participação, planejamento e recursos para que a educação em saúde através do uso das novas mídias sociais venha para ficar e promover saúde em diferentes espaços, lares, territórios e serviços.

Esse é um nó crítico que a gente vai ter que estar sempre priorizando porque envolve os trabalhadores que têm as suas funções. Acho que por enquanto está ok pelo número de ACS que a gente tem, mas isso não é o que a gente vislumbra logo ali adiante. O número de ACS vai ser reduzido, então, imagina, se já é uma perda para a promoção da saúde em domicílio, quem dirá ainda ficar atuando nas redes e mídias aqui dentro da unidade. Então terá que ser algo super priorizado pela equipe como um todo e planejado como que a gente vai manter tanto

pra questão do whatsapp, quanto para manter as mídias como o Instagram em ação, estimulando a participação de todos os profissionais envolvidos sejam residentes, sejam contratados em ações na comunidade como um todo. É algo que na verdade sempre se renova, só que agora agregou a questão da mídia digital, o Insta e o Whats, mas é definir como planejamento e como prioridade, se não enxergar dessa forma não tem continuidade (Entrevistada D).

Eu acho que é um recurso pós-pandemia também. Daqui a pouco eu estou ali na unidade e não posso fazer uma visita, tem alguma situação que eu precise, por exemplo, vou fazer uma interconsulta com um paciente lá, vi tal coisa ali e estou falando com ele. A gente usa muito o telefone na questão da interconsulta, os médicos principalmente. O pessoal avalia e liga para o paciente, daí se ele precisar vir na unidade ele vai vir, mas se também não precisar não vai. Então acho que são ferramentas importantes que vão ficar pro dia a dia do processo com a população. Acho que são válidas se a gente souber usar e se tiver condições e recursos para usar. (ENTREVISTADA B)

Acho que tinha que ter pessoas encabeçando isso, se no seu processo de trabalho da unidade não tem a pessoa que é responsável por isso a coisa não acontece. Eu acredito muito assim dá que você tenha uma organização, se você não tem organizado você não sabe nem o que fez, você não tem planejamento, por exemplo, a gente vai ter dia seis agora a gente vai parar um pouquinho para fazer o planejamento a gente pode colocar isso que tem um grupo responsável por educação permanente não para equipe a educação em saúde ou pelo WhatsApp para trazer alguma coisa mais dinâmica a gente pode trazer isso (Entrevistada E).

As falas trazem pontos de partidas, de paradas e pontos de chegada e permanência de ações educação em saúde pautadas nas novas mídias sociais que se materializem pelo trabalho interprofissional, pelo planejamento e execução de novas ações em busca da promoção da saúde e pelo cuidado longitudinal mesmo em períodos de restrições, avanços e retrocessos, pelos meios digitais e tecnológicos que garantam o alcance dessas ações.

Considerações Finais

Ninguém esperava uma pandemia tão duradoura e impactante em todas as instâncias da vida social. A pandemia da covid-19 alterou e subtraiu vidas, modificou rotinas de famílias, dos serviços, exauriu profissionais, principalmente os da saúde, desempregou e descortinou sobre questões estruturais e de desproteção social que são (eram) tão complexas e gritantes.

Os serviços de saúde comunitária se adequaram às novas exigências, se reinventaram inúmeras vezes nesse período, período de encontros e reencontros com as ações de educação em saúde. Mas, apesar de um trajeto inconstante, a educação em saúde ainda respira e respira com velhos e novos ares, com o uso das mídias sociais na produção e socialização de saberes. A sua

essência foi mantida, a construção conjunta de saberes para o cuidado individual e coletivo, na promoção da saúde em consonância com a nova realidade e, fundamentalmente, com a realidade da população usuária.

Todos os atores se envolveram ocupando diferentes papéis, gestores, profissionais e usuários, uns mais que outros. Os gestores além de proverem os equipamentos, também precisam dar condições intelectuais para o uso, pois as ações de educação em saúde no âmbito da atenção primária também se traduzem em indicadores para os serviços. É um movimento de mão dupla, ou melhor, tripla.

A educação em saúde invade muros, pátios, lares e famílias e necessita andar de mãos dadas com a realidade desses espaços. Os profissionais, ao realizarem as ações de educação em saúde buscam atingir, seja por métodos tradicionais ou tecnológicos, esses espaços para a promoção do cuidado e da autonomia da população usuária, considerando crenças e saberes.

A pandemia trouxe diferentes necessidades a diferentes sujeitos, se por alguns períodos a educação em saúde se mostrou mais tímida, por outro lado o acesso via presencial ou pelas mídias seguiu, e seguiu porque as necessidades em saúde também persistiram nesse período. E fora um período de descobertas em meio a protocolos que se alteraram no decorrer da pandemia. Foram novas necessidades, novas metodologias, novas interações e novos formatos na produção de saúde, entre elas, de produzir educação em saúde.

É necessário cada vez mais trazer a educação em saúde para o campo coletivo, da participação dos usuários nas ações que são destinadas a eles, fugindo da gênese da educação em saúde controladora, higienista e normativa. Os profissionais, os atores sociais, precisam estar atentos ao alcance das ações que envolvem as mídias sociais, a fatores econômicos, geracionais e, principalmente, ao alcance na vida concreta. Algumas ações são inovadoras, outras nem tanto, mas são ações de educação em saúde fundamentais no enfrentamento à pandemia da covid-19 e no resgate de outros temas e problemáticas da atenção básica em saúde e espera-se que venham para ficar e qualificar a promoção da saúde e os processos de trabalho nessa trama de recomeços em que os profissionais dividem a exaustão, o medo e o desconhecido com a população usuária.

A responsabilidade pela promoção da saúde é compartilhada nas ações de educação em saúde. O uso das mídias sociais ainda apresentam barreiras, principalmente considerando o contexto desigual em várias dimensões, entre elas, o acesso à tecnologia que limita a democratização das informações de forma digital. Ainda existe um abismo na realidade da população usuária que contemple o acesso ao sistema informatizado, seja dos conteúdos produzidos nos serviços de saúde comunitária, assim como nos programas burocratizantes dos Governo Federal.

Mesmo nesse contexto, a potencialidade das ações de educação em saúde também se

encontra na receptividade e na reciprocidade, online e offline, entre os profissionais e os usuários, principais sujeitos interessados nas ações de educação em saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde** 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.

BRASIL. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Tecnologia auxilia no enfrentamento da COVID-19**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7996>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. **Brasil ultrapassa marca de 340 milhões de doses de vacinas Covid-19 aplicadas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/brasil-ultrapassa-marca-de-340-milhoes-de-doses-de-vacinas-covid-19-aplicadas>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde inclui crianças de 5 a 11 anos na campanha de vacinação contra a Covid-19**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-inclui-criancas-de-5-a-11-anos-na-campanha-de-vacinacao-contra-a-covid-19>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CECCON, Roger Flores; SCHENEIDER, Ione Jayce Ceola. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **Ciências da Saúde**. Scielo. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.136>. Acesso em: out. 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

CLOSS, Thaís Teixeira. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para a integralidade?** Curitiba/PR: Appris, 2013. 302p.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade.** Recife: M. B. P. Dantas, 2010. 234 f.: il.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (3): 847-852, 2014.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.

FRANÇA, Tânia et al. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 106-115, ago. 2019.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia et al. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1475-1481, 2020.

GOMES, Clarice Brito e Souza et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1327-1337, 2020.

MOREL, Ana Paula. Massadar. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00315147. DOI: 10.1590/1981-7746- sol00315.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Celia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 218-241.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Lukary. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigil. sanit. debate** 2020; 8(2):10-15.

PRATES, Jane Cruz. A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado. In: FERNANDES, Idília; PRATES, Jane Cruz (Orgs.). **Diversidade e estética em Marx e Engels**. Campinas: Papel Social, 2016.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.

SILVA, Márcia Maria Santos da et al. Interseção de saberes em mídias sociais para educação em saúde na pandemia de covid-19. **SANARE**, Sobral, v. 19, n. 2, p. 84-91, jul./dez. 2020.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 115-36.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata:OMS, 1978**. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 11-9.

VIANA AL; DAL POZ, MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, n. 15 (Supl.), p. 225-264, 2005.

Na travessia da pandemia de Covid-19: sobre a experiência do fazer em saúde mental em três Centros de Atenção Psicossocial

Manoela Guimarães Gomes

Resumo

Este Trabalho de Conclusão de Residência busca compartilhar como foi a experiência da formação em serviço de uma residente-trabalhadora, do Núcleo Profissional da Psicologia, na rede especializada de saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), mais especificamente em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados na zona norte da cidade de Porto Alegre (RS), durante dois anos da pandemia de covid-19, em 2021 e 2022. Através do relato de experiências da autora, em forma de três narrativas, são oferecidas pistas das relações construídas pelas(os) usuárias(os) do Sistema Único de Saúde (SUS) com os serviços e com a própria residente. Ao lado de autores como Walter Benjamin, Freud e Achille Mbembe, costuram-se os conceitos de “experiência”, “trauma” e “necropolítica”, a fim de dar abertura e levantar questões a respeito de como se tem vivenciado, elaborado e transmitido o evento da pandemia de covid-19 no SUS, no fazer profissional e nas relações com as(os) usuárias(os) do campo da saúde mental. Por fim, significantes como “morte”, “vida” e “risco” são identificados e emergem em decorrência da escrita do trabalho e das reflexões suscitadas por meio dele, produzindo sentidos valiosos para a experiência da autora e para o próprio campo da saúde mental.

Palavras-chave: residência; experiência; narrativas; pandemia; saúde mental.

Apresentação

Este trabalho desenvolve-se a partir da minha inserção, enquanto Psicóloga-residente, no Programa de Saúde Mental, da Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no início do ano de 2021, na cidade de Porto Alegre. O começo dessa experiência, que tem como ponto central a formação em serviço, se deu em meio ao pior mês, em número de mortos, da pandemia de covid-19, no Brasil. Diferentemente da turma de residentes do ano de 2020, que não imaginava realizar a Residência durante uma pandemia, os trabalhadores-residentes da turma seguinte iniciaram seus processos formativos em meio a uma em curso. O que expressa, de alguma forma, a vontade ou intenção de compor, no sentido da participação e do testemunho, o Sistema Único de Saúde (SUS) no seu momento de maior desafio e complexidade.

A partir desse interesse, uma ideia de temporalidade pode ser evocada ao se pensar a escrita deste trabalho. Por um lado, o tempo histórico, no qual estamos todas e todos inseridos, cuja pandemia e conjuntura política e social do país podem ser aí localizadas, por outro lado, os meus próprios tempos, que se desdobram, atravessam e produzem a minha relação com os acontecimentos de nosso tempo histórico. São dos encontros e desencontros destes tempos, permeados por afetos diversos e saberes em construção, que a Residência e a escrita deste trabalho nascem. Nascem do desejo, por vezes tortuoso, de adentrar ao SUS em meio a uma grande travessia, de tocar na sua estrutura e ver do que ela é feita, de juntar o que restou e

abrir caminho para o que se teve de nascer - do improviso, do caos, do susto - um outro SUS parido?

O viés teórico de tempo histórico que será apresentado se baseia nas contribuições de Paul Ricoeur (1997) no que se refere ao tempo e à narratividade enquanto processos ficcionais do contar, criar e imaginar atravessando a refiguração da experiência temporal. Ricoeur parte do entendimento de que o passado não se expressa em uma linearidade, só podendo ser reconstruído com o exercício da imaginação, da metáfora, da ficção. O autor faz paralelo ao tempo passado, tempo presente e tempo futuro, tendo a narratividade como síntese da construção dos tempos históricos. A história, por essa perspectiva, se inspira na ficção tanto quanto a ficção se inspira na história.

É do compromisso ético-político de se estar à altura dos acontecimentos de nosso tempo, no que toca à análise, simbolização e transmissão dos efeitos dele nos processos subjetivos, no fazer profissional e no SUS, que este trabalho se orienta e levanta questões. Assim como o poeta chileno Nicanor Parra (2019), no poema Ritos, dirige-se primeiro aos mortos numa ideia de retorno ao país, afirma-se aqui a necessidade primeira do reconhecimento dos nossos mortos e da morte como signo de um tempo que tem subjetivado nossas experiências de forma singular.

Ritos

Cada vez que regresso
A meu país
 depois de uma longa viagem
A primeira coisa que faço
E perguntar pelos que morreram:
Todo homem é um herói
Pelo simples fato de morrer
E os heróis são nossos mestres

Em segundo lugar

 pelos feridos.

Só depois

 não antes de cumprir
Este pequeno rito funerário
Me considero com direito a
vida: Fecho os olhos para ver
melhor E canto com rancor
Uma canção do começo do século.

Apesar de o início da Residência ter ocorrido em um momento bastante crítico da pandemia, em março de 2021, o processo de formação foi acontecendo também pelas mudanças do cenário epidemiológico, podendo-se dizer, dessa forma, que a experiência da Residência não se deu “na pandemia”, mas em diferentes tempos dela. Nesse sentido, vi arranjos diversos dos serviços, assim como distintos modos de relação das(os) usuárias(os) com o SUS e com as ações e estratégias de saúde que foram sendo criadas durante tal temporalidade. Diante disso, pretendo trazer reflexões acerca do meu encontro, como residente do programa de saúde mental, com três serviços da rede especializada de saúde mental e suas(seus) usuárias(os), durante os diferentes cenários e tempos da pandemia de covid-19. O fio condutor é a produção, a partir do recolhimento de cenas vividas nesses serviços, de narrativas em saúde que nos deem pistas das relações construídas pelas(os) usuárias(os) com os serviços e com a própria residente, ao longo da pandemia. O trabalho tem como objetivo, então, se aproximar dessas relações construídas entre os atores que compõem e produzem o cuidado em saúde mental, a fim de criar aberturas para possíveis reflexões acerca da experiência do fazer em saúde mental durante o singular contexto da pandemia de covid-19, através da atuação em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Filhos da Época

Somos filhos da
época e a época é
política.

Todas as tuas, nossas, vossas coisas
diurnas e noturnas,
são coisas políticas.

Querendo ou não querendo,
teus genes têm um passado
político, tua pele, um matiz político,
teus olhos, um aspecto político.

O que você diz tem ressonância, o que silencia tem um eco
de um jeito ou de outro político.

Até caminhando e cantando a
canção você dá passos políticos
sobre um solo político.

Versos apolíticos também são
políticos, e no alto a lua ilumina
com um brilho já pouco
lunar. Ser ou não ser, eis a
questão. Qual questão, me
dirão.
Uma questão política.

Não precisa nem mesmo ser
gentepara ter significado político.
Basta ser petróleo bruto,
ração concentrada ou matéria reciclável.
Ou mesa de conferência cuja
formase discuta por meses a fio:
deve-se arbitrar sobre a vida e a morte
numa mesa redonda ou quadrada.
Enquanto isso matavam-se os homens,
morriam os animais,
ardiam as casas,
ficavam ermos os
campos, como em
épocas passadas e
menos políticas.

Wisława Szymborska

Introdução

Como nos diz a poeta Wisława Szymborska (2011) no poema acima, nada escapa – nem corpo, nem coisa, nem verso – ao tempo político que nos toca, portanto este trabalho tampouco pretende apolítico ser. Muito pelo contrário, ele estabelece como pano de fundo a pandemia de covid-19 no Brasil, situando-a como um inédito acontecimento histórico e político do século XXI, visto o seu imenso impacto nas relações e instituições sociais, bem como nas próprias condições de reprodução social. Entende-se por condições de reprodução social o acesso a direitos básicos como moradia digna, alimentação, trabalho, saúde, cultura, educação, entre outros. Enquanto psicóloga-residente do Programa de Saúde Mental, percorri, conforme previsto pelo projeto político pedagógico do programa, três CAPS da rede de atenção especializada em saúde mental do GHC: o CAPS infantojuvenil Pandorga, o CAPS III Álcool e Drogas Passo a Passo e o CAPS II Adulto Bem Viver.

A passagem pelos três CAPS se deu exatamente na ordem descrita acima: a primeira metade do ano de 2021 no CAPS Pandorga; a segunda metade no CAPS AD Passo a Passo, até fevereiro de 2022; e o segundo ano inteiro da Residência, no CAPS Bem Viver. Meu trânsito pelos três CAPS foi acompanhado por diferentes momentos e picos da pandemia. Períodos de intenso contágio e crescente número de mortos por dia, como os primeiros meses no Pandorga; um segundo período, a partir do meio do ano, em que se iniciou uma estabilização da curva de contágios e redução do número de mortos, em função do avanço da vacinação, e um terceiro

período, apesar de um fim de ano delicado em termos de retorno dos contágios, no qual a estabilidade e o controle da pandemia foram se consolidando já no ano de 2022 (Lopes; Homero, 2021). Paralelo a isso, fomos acompanhando e visualizando nas ruas, nas condições de vida das(os) usuárias(os), na crescente demanda pelo acesso aos direitos sociais mais básicos, como moradia e alimentação, o aumento da fome e da vulnerabilidade social em nosso país (Gorziza; Guimarães; Buono, 2021).

Se é bem verdade que no início do século XXI assistimos à retirada do Brasil do mapa da fome, através de um conjunto de políticas e programas sociais, também é verdade que recentemente assistimos ao retorno do Brasil a tal estatística (BRASIL, 2014). Atribuir o contexto da fome e do retorno da miséria, ao qual a população brasileira foi sendo submetida, exclusivamente ao acontecimento da pandemia me parece, mais que uma visão reducionista e equivocada, um declarado posicionamento político, que tenta se isentar, no exercício de análise de um tempo, dos jogos de força e de poder envoltos na condução de qualquer acontecimento que se apresente no terreno da sociedade. Nesse sentido, poderíamos pensar que, embora a pandemia tenha se apresentado como uma espécie de fenômeno mundial, o qual tomou de assalto a todas e todos, ela se historiciza, à sua maneira, em cada espaço, território, cidade, país. Na contramão da tendência de tratá-la no singular, totalizando-a e generalizando-a como a pandemia, convido-as e convido-os a pluralizá-la em as pandemias, num esforço ético-político de afirmar que nenhum acontecimento, tampouco as leituras e intervenções a respeito dele, ocorrem num campo supostamente apartado das relações de poder, dos debates, das negociações entre posicionamentos distintos, enfim, do exercício político que culmina em decisões políticas igualmente.

Dito isso, assume-se aqui a perspectiva de que houve, em nível mundial e dentro do Brasil, mais de uma política de enfrentamento e de condução do vírus da covid-19, o que gerou, a médio e longo prazo, distintas consequências à saúde e às condições de reprodução da vida das pessoas. Por um lado, acompanhamos o aumento do número de contágios e mortes; por outro, acompanhamos o efeito da gestão de um tempo pandêmico sob as condições de vida da população, no que toca o acesso a direitos básicos e o aumento da violência doméstica e intrafamiliar, uma vez que casais e famílias ficaram mais tempo submetidos a um mesmo espaço. Os efeitos sobre a vida da população, contudo, não se deram de uma forma homogênea, muito antes pelo contrário, o que acompanhamos foi a atualização da estrutura social e racial brasileira à frente dos dados de mortos e da precarização da vida da população no avanço da pandemia e da falta de gestão para com ela.

Vale lembrar que a primeira morte por covid-19 no Brasil foi a de uma mulher negra, periférica, empregada doméstica, trabalhadora desde os 13 anos de idade. Cleonice Gonçalves contraiu o vírus na casa da família em que trabalhava e vivia, durante a semana, no Leblon,

zona sul do Rio de Janeiro (CAMTRA, 2021). Tomemos esse dado não como uma mera fatalidade, mas como expressão de quais rostos e corpos foram os principais alvos não tanto de um vírus e, sim, da gestão política de um tempo.

Parte-se então desse contexto político, social e sanitário do país e do efeito desigual dele também sobre as usuárias e usuários da rede de saúde mental do município de Porto Alegre, mais especificamente dos serviços do CAPS infantojuvenil Pandorga, CAPS AD III Passo a Passo e CAPS II Bem Viver, como pano de fundo para o mapeamento das relações estabelecidas pelas(os) usuárias(os) com o CAPS e das relações estabelecidas pelo CAPS e por mim com as(os) usuárias(os) durante o atravessar da pandemia de covid-19. Aprofundando um pouco mais, proponho interrogar que lugar, dentro do território de vida das(os) usuárias(os) durante os tempos da pandemia, o CAPS ocupou e que tipo de relação terapêutica foi possível construir enquanto se viviam interrupções no funcionamento habitual dos serviços e na vida das(os) usuárias(os). Como ferramenta metodológica para o desenvolvimento desta proposta, irei compartilhar e discutir três narrativas realizadas por mim, que revelam elementos, perspectivas e pistas das relações criadas entre as(os) usuárias(os), o serviço e eu, enquanto psicóloga-residente que passou pelos três CAPS citados.

As narrativas apresentadas foram escritas, em sua versão final, no fim do segundo ano da Residência, entretanto elas partiram de fragmentos textuais escritos ao longo dos dois anos de formação em serviço, os quais foram motivados, ora por necessidade de pôr em palavras as experiências, como forma de elaboração de vivências cotidianas, ora como resultado de propostas da Residência, como o registro de diário de campo que será melhor abordado mais adiante. Cabe ressaltar que os nomes próprios de usuárias trazidos no corpo das narrativas são fictícios, na intenção de preservar a identidade delas.

Para o terceiro movimento da discussão, busco como referência o conceito do Paradigma Indiciário do historiador Carlo Ginzburg (1990), que propõe um método interpretativo centrado nos resíduos, dados marginais, considerados reveladores. Observando o modo singular da utilização do paradigma indiciário no personagem Sherlock Holmes, de Arthur Conan Doyle, no método do historiador da arte Giovanni Morelli e nas pesquisas de Freud para o desenvolvimento da psicanálise, Ginzburg modelou sua forma de identificar e compreender as distintas temáticas em suas pesquisas historiográficas. Ao resgatar a figura do caçador que vai criando uma narrativa coerente aos acontecimentos a partir das pistas, rastros que lê pelo caminho, nos provoca: “Se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la” (Ginzburg, 1990, p. 177).

Que tempo foi esse que estranhamente me trouxe até aqui?

Algo curioso tem se passado ultimamente no que toca à observação da passagem do tempo nos últimos anos para mim. Uma dificuldade de localização, em termos da nomeação dos meses e anos especialmente, de quando um ou outro acontecimento ocorreu. O ano em que se encontrou pela última vez um amigo querido; o mês no qual se finalizou o curso de escrita; o réveillon vivido entre poucos, uma vez que a curva de contágio voltava a subir; o semestre do ano em que se estudou para a prova da Residência; o janeiro do ano em que finalmente chegaram as primeiras vacinas; o primeiro aniversário não mais virtual, e por aí vai... Foi na retomada dos encontros e no exercício de fala e escuta, próprios desses momentos, que percebia que as narrativas sobre a vida nestes últimos anos (2020–2022) pareciam curiosamente desenlaçadas, um tanto desprendidas de uma noção de tempo-espço. Assumo algo da ordem do inédito através da palavra “curiosamente”, pois tal fenômeno, chamamo-lo assim por ora, não se assemelha, alguns poderiam dizer, ao processo de rememorar lembranças longínquas. Não me parece ter a ver com as lembranças da infância que nos trazem alguma confusão temporal de quantos anos teríamos em determinado retrato ou em qual aniversário ocorrera alguma história que escutamos contar. Talvez porque nesses casos não tenhamos dúvidas de que o “espço” em questão seja o espço da infância e de que de espço se faz tempo por meio de alguns restos: objetos, cartões, fotografias, histórias contadas. Um tempo formado por restos não restados, mas por restos que se atualizam em rastros e que, passíveis de serem rastreados, são rememorados e simbolizados. Ou porque destes casos (os da infância) talvez já tomamos distância o suficiente para, entre a dĩa de do esquecer e lembrar, alguma marca, palavra, história surgir.

Se podemos pensar que a natureza da confusão espço-tempo de hoje não é a mesma da recém referida, do que estamos falando? Ou melhor, de qual evento histórico partimos na tentativa de nos situarmos, ou ainda, de me situar nessa estranha sensação subjetiva que tento explicar inicialmente? No final do ano de 2019, começaram a ser noticiados os primeiros casos de covid-19 na China, sendo confirmado o primeiro caso, em nosso país, segundo as autoridades sanitárias, em março de 2020. Em menos de 6 meses, acompanhamos, noite e dia, via televisão, computador, celulares, rádio, notícias, conversas, a rápida transmissão do vírus por muitas cidades e países, e a curva acelerada de mortes se atenuando, confirmando assim uma epidemia de níveis globais que então passava, devido a sua expansão geográfica, a ser considerada como uma pandemia (Brasil, 2020).

Também em questão de poucos meses, assistimos às grandes cidades pararem ou diminuírem seus ritmos habituais; o trânsito entre países e continentes sendo suspensos;

fronteiras fechadas por prazo indeterminado, e um imperativo político-sanitário, ainda que enfrentado de diferentes modos por cada país e cidade, multiplicando-se e dizendo: “fique em casa”. O isolamento social foi sendo estimulado (mais cedo ou mais tarde e a depender do nível de seriedade que os gestores públicos atribuíram à pandemia e às mortes decorrentes dela) à medida que os contágios se multiplicavam, o número de mortos aumentava e a capacidade dos sistemas de saúde se esgotava, tudo isso revestido pela imprevisibilidade de quando as vacinas ficariam prontas. Ou seja, fomos surpreendidos, sem aviso nem preparo, por um acontecimento em dimensões globais que interrompeu e atravessou os modos de vida e relações que vivenciávamos até então.

Dos sistemas de produção e abastecimento que conformam o capitalismo atual até a vida escolar, o transporte público, o sistema de saúde e os encontros corriqueiros entre amigos, tudo foi afetado; embora, aos poucos – e este trabalho também se propõe a olhar para isso –, tenhamos acompanhado as diferenças com que as populações, dentro de seus sistemas sociais e cotidianos, vivenciaram a pandemia em seus efeitos. Nesse momento, o destaque se dá para o fato de que todas(os), senão a maioria de nós, viveu algum tipo de interrupção abrupta do modo de vida (importante circunscrever que falo aqui de um modo de vida urbano), com consequências diretas sob a percepção de si mesmo e das relações com o outro e com o mundo.

Na esteira disso, o que mais chama atenção, especialmente no que toca à tentativa de compreensão de um tempo, a meu ver, ainda pouco elaborado e, portanto, fragilmente inscrito em nossa subjetividade, é a força com que o acontecimento da pandemia transversalizou nossas vidas e suspendeu muito do que nos era familiar, obrigando-nos, mais do que a parar, a olhar. A olhar para a dependência econômica global a qual estamos submetidos; a olhar para estrutura das cidades; a olhar para os modelos de saúde em jogo; a olhar para o valor da vida dado pelos gestores dos países; a olhar para quem pode acatar o “fique em casa”; a olhar para quem não deixou de usar o transporte público e a olhar principalmente para a morte.

Pôr em questão o encontro com a morte – seja a nossa própria morte, seja a morte do outro – num contexto diário em que o número de mortos ultrapassava 4 mil por dia no Brasil, e que já somou, atualmente, mais de 700 mil mortes, aponta para uma outra natureza de encontro com a morte que poderíamos aproximar, como esforço de compreensão de um tempo, da perspectiva do trauma inclusive. Seríamos nós capazes de inscrever e elaborar subjetivamente em tão curto período de tempo tantas mortes acumuladas, ao passo em que ela se apresentava, como ameaça, também a cada um de nós? A quem perdeu algum familiar, amigo, pessoa próxima e que não pôde cumprir os ritos comumente vivenciados, os quais nos auxiliam na simbolização da morte, que recursos tiveram para viver o luto e tudo que dele decorre? Além da morte de entes queridos, perderam-se empregos e seus cotidianos de trabalho; perderam-se turnos de estudo e a convivência nesses espaços; desfizeram-se projetos pessoais e coletivos;

enfim, nesse sentido, podemos ampliar a dimensão da perda e pensar em como fomos dando conta subjetiva e socialmente de tantas mudanças e os efeitos disso nas nossas vidas.

Em *O Narrador*, Walter Benjamin (1994) inicia seu texto afirmando que a “arte de narrar está em vias de extinção” e retoma a articulação da ausência da figura do narrador, na modernidade, com o empobrecimento da experiência.

São cada vez mais raras as pessoas que sabem narrar devidamente. Quando se pede num grupo que alguém narre alguma coisa, o embaraço se generaliza. E como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências. (Benjamin, 1994, p. 197-198).

Em seguida, Benjamin faz referência ao modo como voltaram os combatentes da Primeira Guerra Mundial: mudos. Nessas linhas, o autor atribui as transformações materiais e éticas da sociedade da época, elevadas a sua máxima no acontecimento de uma guerra, à precarização da experiência expressa na dificuldade ou na inviabilização de sua própria transmissão. Ou seja, parecia haver ali, na mudez de quem testemunhou o horror da guerra e da morte, a incapacidade de torná-la comunicável, transmissível, o que revelaria, a meu ver, a fragilidade de certos acontecimentos se converterem em experiência partilhável, para além dos limites do próprio indivíduo. A perspectiva de experiência da qual Benjamin parte e nos oferece reflexões acerca de seu declínio se contrapõe a uma ideia de experiência comumente identificada, especialmente na modernidade, ao plano da individualidade, da experiência individual. Resende (2022), no trecho a seguir, bem nos situa sobre o conceito de experiência trabalhado por Benjamin:

Os antigos narradores retiram de sua própria experiência o que contam, e o que contam incorpora-se a experiência de seus ouvintes; assim, a experiência que desaparece junto com a figura do narrador é tecida fundamentalmente num substrato comum, sem dono. (Resende, 2022, p.87)

À luz dos pensamentos trazidos pelo autor citado, proponho a reflexão do quanto temos conseguido, em termos de criação de condições psíquicas e sociais, nos lançar ao duro trabalho de tecer em palavras o vivido durante os anos da pandemia, tornando-a, mais do que uma experiência individual, uma experiência a ser narrada e compartilhada. Não assistimos a uma guerra de trincheiras; mas, sim, sabemos que muitas famílias perderam duas, três pessoas em poucas semanas; sim, sabemos que muitos profissionais do SUS trabalhavam em emergências lotadas onde muitas pessoas morriam todos os dias; sim, sabemos que alguém teve de cavar as muitas covas enfileiradas; sim, sabemos de cenários de horror em hospitais onde faltava oxigênio. Sabemos, mas pouco falamos, ou, por pouco falarmos, nos negamos a saber.

Freud (1920) também prestou atenção aos soldados que retornaram da Primeira Guerra

Mundial, os quais carregavam consigo a repetição, em seus sonhos, das cenas de horror testemunhadas no front. Ele concluiu, a partir disso, que o conteúdo que não cessava de se repetir, dando as bases para o que ele vai chamar de “compulsão à repetição” posteriormente, se dava pela ordem do traumático, uma vez que, ao não conseguirem se inscrever subjetivamente, tais imagens insistiam e não paravam de se repetir. Diante do choque com o improvável, com o inimaginável, que esbarra na falta de representação simbólica, encontramos a mudez e o excesso nos mesmos soldados analisados por Benjamin (1994) e Freud (1920).

Seguindo um pouco mais com as contribuições desses dois autores, a mudez e o excesso, nesse sentido, não se situam em pólos opostos, mas se apresentam como efeito de um mesmo acontecimento/fenômeno, o do encontro com uma realidade que ainda não conseguiu ser revestida pelo dispositivo da palavra e que, diante disso, não cessa de se repetir em suas imagens. A fim de que possamos criar outros destinos para aquilo que escapa a nossa capacidade de representação e para que não sucumbamos ao esquecimento, modo típico de nos relacionarmos, em nosso país, com eventos violentos e traumáticos; e, para citar apenas dois, menciono os séculos de escravidão da população negra e o regime da ditadura militar, já que este trabalho se propõe a ser um testemunho de uma trabalhadora-residente do SUS, durante dois anos de pandemia.

Desse modo, partindo do acolhimento de minha estranha dificuldade de localizar os acontecimentos da vida na dimensão de tempo-espço durante os anos de 2020, 2021 e 2022 e da intenção de transformar o excesso das imagens ou a escassez de palavras em experiência narrada e compartilhada, faço deste trabalho um rastro de um tempo entrecruzado, o tempo de uma psicóloga-residente do SUS com os tempos da pandemia. E será através do exercício de tecer as palavras em um fio narrativo, por meio de três narrativas oriundas de minha passagem pelos três CAPS do GHC, durante os anos de 2021 e 2022, que me lançarei à difícil e delicada tarefa de abrir um espaço de enunciação, elaboração e transmissão do que foi a experiência de ter sido uma residente de saúde mental no SUS, no atravessar da pandemia de covid-19, na rede de saúde mental de Porto Alegre.

Os Centros de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica

Foi por meio da Portaria nº 336, amparada pela Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2002), que o Ministério da Saúde apresentou como devem se configurar e operar, em termos da palavra, que, ao fim e ao cabo, é o principal recurso de significação do sujeito, e de suas vivências, na cultura. Área de abrangência, número de profissionais e especialidades, recursos e dispositivos terapêuticos ofertados, as diferentes

modalidades de CAPS. A portaria também preconizou no inciso 2º do Art 1º que o funcionamento dos serviços deve atuar segundo a lógica do território, o que é referenciado e articulado diversas vezes ao longo do texto da Portaria (Brasil, 2002). Mais adiante voltaremos a esse conceito. Ressaltamos também que os processos políticos e históricos que culminaram na criação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos - tendo o CAPS como principal serviço, responsável pela ordenação do cuidado do usuário, junto à Atenção Básica, quando inserido na rede de atenção psicossocial (RAPS) - em muito antecederam a regulamentação e normatização dos CAPS por parte do estado.

A Reforma Sanitária brasileira nos anos 70, a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Luta Antimanicomial nas décadas de 70 e 80 e o processo de redemocratização, que culmina no texto da Constituição Federal de 1988, dando as bases do SUS em termos constitucionais, vão configurando e constituindo o campo da saúde mental, bem como orientando política e eticamente o modelo de atenção e de cuidado em saúde mental que se desejava implementar na saúde pública. A constituição desse campo (que não se findou e segue em constante processo de feitura) se dá tanto no seu sentido material, pela criação e implementação de equipamentos e dispositivos substitutivos aos manicômios, quanto no seu sentido imaterial, quando se propõe a revisão e criação de práticas de cuidado que desconstrua a lógica manicomial, sendo necessário, para isto, pôr em xeque o poder psiquiátrico e suas práticas. No livro *Psicanálise e Saúde Mental*, Paulo Amarante (2015, p.84) define o movimento da reforma psiquiátrica como “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria [...]”.

A contestação ao poder psiquiátrico revela sua importância ao problematizar o paradigma médico psiquiátrico, baseado num sistema de representação e interpretação das experiências subjetivas pela via sintomatológica, cuja apreciação recai nos limites dicotômicos entre saúde versus doença, normal versus patológico loucura versus sanidade, sempre associados ao regime moral concernente a cada momento histórico. Franco Basaglia, nome expoente da reforma psiquiátrica italiana, o qual influenciou de maneira importante a reforma brasileira, traz que o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que pudesse se ocupar da definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem temer eventuais possibilidades de desmentidos por uma realidade que, desse modo, vinha negada (Basaglia *apud* Amarante, 1994, p. 68).

Basaglia estenderá a crítica do poder psiquiátrico, operado nos moldes citados acima, às instituições psiquiátricas (asilos e manicômios principalmente) ao pensar o modo como a loucura era tratada nessas instituições e o efeito dessubjetivante e desumanizador sob os sujeitos que lá eram depositados, num claro movimento de exclusão social. A respeito da trajetória e

pensamentos de Basaglia, Amarante nos diz que:

...é preciso operar uma luta que deve mover-se em dois níveis simultâneos, um científico e outro político. Tais níveis estão referidos as duas faces da realidade da doença e do estar doente, isto é, uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e, uma problemática de exclusão, de estigmatização social. (Amarante, 1994, p.71).

Tomando o processo de institucionalização, com seus aparatos e técnicas, também como causa e/ou potencializador do sofrimento psíquico, Basaglia caminhou em direção à abertura dos manicômios calcado pelo viés da desinstitucionalização da loucura, por meio do acesso à cidade e da restituição da cidadania aos sujeitos que viviam nos manicômios (Serapioni, 2019). A meu ver, a defesa que aí está em jogo, a partir das ideias e experiências desse autor, é a de reinserção do conceito de loucura, seja enquanto experiência subjetiva ou psicopatológica, envolvendo ou não algum grau de sofrimento, na polis, como mais um discurso social vigente, visível, não mais escondido.

Abordar a reforma psiquiátrica brasileira com destaque a sua natureza antimanicomial é retomar, como subsídio de análise para este trabalho, o compromisso ético-político de construção do campo, das políticas e do cuidado em saúde mental alinhados ao viés crítico da despatologização, da humanização e da inclusão do sujeito portador de sofrimento psíquico no terreno da sociedade sem, ao mesmo tempo, perder de vista o rigor clínico imprescindível na elaboração do acompanhamento individual, uma vez que é pautado pela singularidade de cada sujeito. Lembremos que o sentido de “antimanicomial” trazido transcende a uma racionalidade situada exclusivamente dentro das estruturas físicas dos manicômios, mas que atravessa quaisquer dimensões físicas, sendo encontrada nas práticas e no modo de fazer dos profissionais, o que justifica a nossa constante atenção e revisão da atualização da lógica manicomial, seja onde for.

Parece ter sido exatamente esse o desafio que foi se apresentando, no Brasil, para construção das ações e ofertas terapêuticas em saúde mental, quando orientadas pela reforma psiquiátrica: o planejamento e a execução de um acompanhamento articulado com a rede de saúde e de políticas intersetoriais, ou seja, que garanta um cuidado em liberdade, de base territorial e comunitário. Sem o esquecimento, contudo, das particularidades clínicas do sofrimento, da relação com a subjetividade e com os modos de sofrimento contemporâneos. Segundo Dunker e Neto, “um dos maiores riscos da reforma psiquiátrica em curso no Brasil é o fato de privilegiar a adaptação do doente ao meio ainda que isso venha a custar o próprio apagamento do sujeito” (Dunker; Neto, 2015, p. 83). Os autores seguem o argumento trazendo que:

(...)nos moldes propostos pela Psiquiatria Democrática Italiana, a inclusão do paciente seria obtida por meio da negação da lógica manicomial (transformação institucional), de uma política compensatória de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e do retorno ao universo do trabalho (Dunker; Neto, 2015, p.84).

Nesse sentido, vai-se produzindo, segundo os autores citados, uma certa diferenciação entre clínica e saúde mental. “A clínica diz respeito ao caso tomado em sua singularidade, enquanto a saúde mental preocupa-se com as ações políticas e eticamente orientadas para as peculiaridades de certo grupo” (Furtado; Campos *apud* Dunker; Neto, 2015, p.86). A ideia não é sair em defesa, como pólos divergentes, de quais conceitos mais bem caracterizam e qualificam a atenção em saúde mental, mas destacar os saberes e as disputas epistemológicas que foram compondo tal atenção e que nos apontam como se forjaram, em sua complexidade, as políticas e o cuidado em saúde mental ao longo do tempo.

CAPS infantojuvenil - Pandorga

Sobre o CAPS e sua equipe

O encontro com o cenário de prática do CAPS infantojuvenil Pandorga foi o primeiro dentro da experiência de formação em serviço proposta pela Residência. A chegada ao Pandorga em março de 2021 carregava expectativas diversas: anseios de como se daria a inserção na equipe; quem a compunha e como funcionavam os processos de trabalhos; como se davam as articulações de rede; o desafio do trabalho com a infância e adolescência. Inquietações essas que estavam revestidas pelo contexto da pandemia, que naquele momento, vivia um dos piores picos de contágio e mortes (G1, 2020). O imaginário sobre como se configurava o serviço do Pandorga, portanto, ora ganhava espaço, ora ficava em suspensão, uma vez que a preocupação e o medo a respeito do grave contexto sanitário ganhavam prioridade.

Mesmo assim, entre sirenes de ambulância, ouvidas recorrentemente em meu trânsito da Av. Assis Brasil, de onde descia do ônibus, até a casa na qual se localiza o Pandorga, um imaginário de CAPS e de serviço foi se tecendo dia após dia. A equipe multidisciplinar era composta por diferentes núcleos profissionais como psicologia; enfermagem; serviço social; terapia ocupacional; psiquiatria; técnicos em educação, sendo que um deles estava hospitalizado por covid, o que atualizava a pandemia na equipe de forma bastante particular; técnicos administrativos; equipe da higienização e da vigilância. Além disso, o quadro de profissionais contava com duas residentes de segundo ano, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, ampliando o número de residentes para 4, a partir de minha inserção e de minha colega assistente social, também residente do primeiro ano.

Em março de 2021, fazia cerca de um ano que o Pandorga havia interrompido a oferta de dispositivos terapêuticos coletivos - oficinas e grupos - por decisão da gerência de saúde comunitária, instância gerencial à qual todos os CAPS do GHC pertencem (GHC, 2022). Paralelo a isso, em função da curva elevada de contágios, e da população infantojuvenil (0 - 18 anos), naquele momento, por ainda não estar vacinada, a equipe havia decidido manter os atendimentos presenciais apenas nos casos mais graves e que não sustentavam atendimentos na modalidade virtual. Mas quais seriam os casos mais graves? E como realizar tal classificação a uma população que, em sua grande maioria, se mantinha distante, há mais ou menos um ano, de espaços de sociabilidade, como a escola, o próprio CAPS, entre outros locais que nos indicam a condição de saúde e, portanto, de gravidade do usuário? Que discursos circulavam na equipe e que justificavam a restrição de atendimentos presenciais a determinados usuários?

Era difícil compreender com precisão os critérios psicossociais estipulados pela equipe naquele momento. Em primeiro lugar, pelo simples fato de eu ter recém chegado ao serviço e pouco conhecer as(os) usuárias(os) e suas histórias. Em segundo, porque talvez não houvesse como, tratando-se do cuidado em saúde mental e de toda complexidade que envolve o sofrimento psíquico, o qual se calca nos determinantes e contexto sociais, criar uma classificação objetiva ou sintomatológica de acesso, especialmente num momento em que os usuários pareciam estar, ainda que vinculados ao serviço, mais distantes, num restrito acesso há meses, por isso atualizando menos seus quadros psíquicos e sociais à equipe. Nesse sentido, parecia prevalecer uma análise caso a caso, feita pelos profissionais de referência e legitimada pela equipe que então determinava ou não a necessidade do atendimento presencial.

E em terceiro lugar, pensando nos discursos que circulavam e que justificariam a diminuição dos atendimentos presenciais, proponho tomarmos a direção inversa e darmos abertura aos enunciados que não circulavam, ao plano do não-dito com o qual julgo me identificar com os trabalhadores do Pandorga, enquanto trabalhadora-residente. Assim, se pensarmos que a diminuição de atendimentos presenciais gerava um menor volume de pessoas circulando pelo serviço, principalmente de crianças que eram um importante vetor de transmissão do vírus, se reduziria, com isso, o risco de contágios não apenas entre usuários, mas, também, em relação aos profissionais. Apesar de algumas pessoas da equipe terem contraído o vírus no ano anterior e já terem sido vacinadas, convivia-se com a alta taxa de transmissão, o risco de novas cepas e da imunização não ser suficiente, além da preocupação com o colega hospitalizado, que trazia um alerta, visto que ele já havia tomado a primeira dose da vacina quando contaminado.

Considerar a possibilidade de que através da restrição ou diminuição de atividades e do acesso ao Pandorga se garantiria uma maior proteção, no sentido da transmissão do vírus, não

somente aos usuários, mas também aos profissionais, significa restituir a esses profissionais um estatuto de humanidade que lhes foi, de certa forma, retirado ou no mínimo fragilizado, na medida em que o enunciado “heróis da saúde” se colava aos profissionais, como uma marca que, mais do que prestar homenagens, parecia lhes dizer: “vocês devem suportar tudo, inclusive a própria morte”. A presença, os afetos, a subjetividade dos profissionais do Pandorga, atravessados pela pandemia e seus processos de subjetivação, agenciavam, a meu ver, um cotidiano e processos de trabalho tanto a partir da categoria “profissionais da saúde”, quanto de suas experiências como sujeitos de um tempo histórico.

É nessa espécie de posição fronteira ocupada pelos profissionais do Pandorga, atores da linha de frente de uma política pública de saúde e pessoas comuns vivendo pela primeira vez uma epidemia de tamanhas proporções, que me situo, percebendo aí uma identificação que me permite olhar para a equipe desde um lugar de coleguismo e de afeto.

A tentativa de visibilização, mesmo que sucintamente, das condições às quais os profissionais do Pandorga estavam submetidos, nasceu de um tipo de solidariedade para com eles, que me tomou certo dia em que me perguntava, ociosa, no pátio, à espera de notícias de como se seguiram os fluxos do CAPS, do que havia me movido a fazer parte do SUS num momento de tamanha complexidade, desafio e de encontro com o significativo morte. A ideia de morte se atualizava nos dados epidemiológicos e no encontro com o ideal de uma experiência de Residência, de serviço, de atuação no SUS, que de fato não existia ou não se cumpria, ao menos até ali.

Uma solidariedade, voltando a essa, que ia ao encontro dos colegas trabalhadores, das usuárias e usuários, das colegas residentes que se deparavam com um CAPS descaracterizado de si mesmo, cuja estranheza por tal funcionamento se partilhava entre todas e todos. Muito se ouvia que o Pandorga mais parecia um ambulatório, reduzido a atendimentos individuais, a renovação de receitas médicas, sem dispositivos terapêuticos coletivos ativos, com pouca circulação de pacientes e familiares no espaço físico, desarticulado do trabalho em rede e intersetorial.

Narrativa CAPS infantojuvenil - Pandorga

Começava a última semana de agosto e com ela a finalização, o último atendimento do percurso psicoterápico de 4 adolescentes que acompanhava desde abril. Já havia me planejado para tal encerramento, o que em verdade já ocorria desde o início de agosto, mas que contava com seu último atendimento, inevitavelmente, naquela semana. Devido ao momento delicado da pandemia, do início dos acompanhamentos, lá por março de 2021, havia algo em comum entre as usuárias e eu: o CAPS era provavelmente o único lugar que frequentávamos fora as nossas

casas; eu, enquanto psicóloga-residente, elas, enquanto usuárias do serviço. Já fazia quase um ano que crianças e adolescentes não frequentavam as aulas nos colégios de modo presencial, o que lhes impunha uma vivência adolescente ainda mais no plano virtual e imersas em si mesmas, nas suas casas, nos seus quartos, nos seus objetos, nos seus personagens, nos seus amores, nos seus dilemas. Talvez fosse esse distanciamento material forçado de si para com o mundo que me tomava, enquanto psicóloga dessas adolescentes na época, gerando perguntas: quais seriam os efeitos em suas subjetividades, no modo de estarem na relação com o outro, no sofrimento psíquico que as levavam até o CAPS? Por outro lado, penso no quanto a clínica da infância e da adolescência se estabelece por vezes por meio de um espelho que parece devolver, no adulto que escuta, algo já perdido, como a própria infância e adolescência, remetendo-o à sua relação com os limites, com as separações, com os fins, com um ideal de si perdido, significantes importantes dessas etapas. Não é à toa que, ao escrever as linhas desta narrativa, me pego pensando no distanciamento forçado de si para com o mundo sob o qual eu também estava submetida durante o tempo mais duro da pandemia, meses em que escutava as usuárias do Pandorga e junto com elas me reposicionava subjetivamente diante de um novo estado de coisas, de vida, de relações, de cidade. Mas, voltando a última semana de atendimento, de onde parte essa escrita, em certo momento me dei conta de que não havia visto essas usuárias que acompanhava sem as máscaras e vice-versa. Havíamos estabelecido um vínculo, uma escuta, construído uma narrativa comum antes pelos olhos e voz do que por uma imagem completa e integrada de dois rostos. Acontece que em algum momento da última semana, pensei em propor a cada usuária, em atendimento, que tirássemos as máscaras e nos enxergássemos sem elas. Hoje penso o que movia tal intenção. O desejo de ver o quê? Se elas já haviam me oferecido suas palavras, o bem mais valioso que sustenta um acompanhamento psicoterápico. A vontade de enxergá-las de que modo? Se juntas já havíamos imaginado um modo de caminhar até ali, uma narrativa, quem sabe até mais de uma. Seria sobre a vontade de desfazer entre nós a marca de um tempo ao retirarmos as máscaras? Dos quatro acompanhamentos por se encerrar, propus a retirada a três usuárias, visto não ter havido espaço para tal pergunta em todos os atendimentos, pois, apesar de ainda não compreender que gesto meu foi aquele, consegui não torná-lo como um protocolo, ufa. Para as três que propus, duas aceitaram, e então nos olhamos brevemente antes de um fim. O mais curioso, entretanto, foi a resposta de Bianca, que, após ouvir a pergunta, respondeu, num tom entre a obriedade e o pragmatismo, um belo “não” e, na recusa de um pedido, afirmou a si mesma e a inscrição de um tempo histórico no processo terapêutico que ali se encerrava.

Minha passagem pelo Pandorga foi marcada por muitos começos. O começo da Residência; o começo dos acompanhamentos clínicos, enquanto psicóloga- residente; a primeira vivência em um serviço de CAPS, tudo isso em meio a meses de forte contágio e mortes por covid-19 na cidade de Porto Alegre e em todo o Brasil. A oportunidade de experienciar os dispositivos terapêuticos coletivos, como os grupos e oficinas, só foi possível nos últimos dois meses, ainda assim num ritmo lento de retorno das usuárias, usuários e familiares, após mais de um ano sem frequentar tais espaços. Em função disso, minha atuação por lá acabou se centrando muito nos acompanhamentos clínicos individuais, o que me suscitou interrogações sobre o fazer clínico com adolescentes (visto ter acompanhado individualmente apenas adolescentes) especialmente num contexto social e sanitário cujo CAPS parecia ser um dos únicos espaços físicos habitado pelos adolescentes além dos ambientes familiares.

Apesar de iniciar os acompanhamentos com as escolas fechadas, foi possível testemunhar e acompanhar a reabertura das escolas e todo o desafio que se formou no imperativo de retorno às aulas às adolescentes, que já apresentavam, anterior a pandemia, algum tipo de sofrimento importante nos espaços escolares, em relação ao vínculos com os pares e grupos. Tal dificuldade nessas relações era então trazida como argumento pelo adolescente para sustentar um desejo de não mais retorno. Diante disso, o lugar do CAPS nessa problemática parecia ser o de sustentar uma posição terceira, ao pensarmos na posição dos pais e na posição da adolescente.

A posição terceira diz respeito a um lugar que pudesse acolher a temporalidade, a qual era carregada de expectativas, angústias, incertezas, medos, que permeavam as usuárias na iminência de retorno a convivência com o outro e tudo que isso implica de trabalho subjetivo no sujeito. Se havia uma demanda de retorno escolar, essa demanda era encabeçada pelos pais, os quais tiveram de lidar, de um dia para o outro, não só com os filhos em casa, mas com a constante tarefa do apoio educacional a cargo deles, vendo no retorno às aulas, portanto, mais do que uma vontade, uma necessidade, um alívio. Se na infância a criança se vê e de fato está muito mais colada ao adulto, sendo este quem lhe significa o mundo e o introduz no campo da linguagem, é na passagem da adolescência que novos contornos vão se assumindo na diferenciação dos filhos com as figuras paternas e/ou principais cuidadores.

De minha passagem pelo Pandorga e dos encontros clínicos que ali aconteceram, notei uma centralidade do CAPS nas vidas das adolescentes, nem tanto no sentido material como um dos poucos lugares pelos quais circulavam, mas de uma centralidade do que poderiam ali endereçar sobre si mesmas enquanto sujeitos, que em outros espaços talvez não fosse tão possível. Endereçamento que convoca o profissional, a equipe, o serviço, a encontrar meios clínicos, técnicos, simbólicos, de suportar os modos de se diferenciar do outro que a criança e o

adolescente vão encontrando para se constituir e lidar com as suas questões. O ato de recusa de Bianca em tirar a máscara parecia me devolver um pouco isso: a diferenciação e a impossibilidade da conjugação do desejo, entre nós, de como significar as marcas dos acontecimentos históricos dentro do percurso clínico. Se em algum momento havia identificado algum traço de minha vivência da pandemia com a vivência das adolescentes, por supor, em nossos cotidianos, o CAPS como principal ou único destino de circulação, neste ato final, e de grande inscrição de si, por parte de Bianca, ela parece me dizer que não, que não será possível atender ao meu pedido, de, ali entre nós, desfazer a principal marca de um tempo que, apesar de tudo, foi o que também permitiu a construção do seu acompanhamento.

CAPS III Álcool e Drogas - Passo a Passo

A experiência de passagem pelo Pandorga fez emergir, como análise da relação das usuárias com o serviço, especialmente das adolescentes, uma relação de centralidade de endereçamento e de um dos principais destinos de circulação social, naquele momento, para além dos limites dos ambientes familiares. Minha percepção após a vivência no Pandorga era a de que o serviço ocupava um espaço importante e grande na vida das usuárias, um espaço que outrora era mais bem compartilhado com outros, como as escolas, por exemplo. Tal percepção também imprimiu pistas do modo como o público infantojuvenil reagiu ao discurso da pandemia, do isolamento e dos cuidados sanitários, que foi desconstruído, como se fosse uma reação única de todos os usuários de saúde mental, no meu trânsito do CAPS infantojuvenil para o CAPS AD III.

Se no Pandorga me encontrei com um público muito tutelado às figuras paternas e de cuidado, os quais conseguiam mantê-los mais isolados, seja pelo discurso da pandemia, seja pelos receios familiares em soltar o adolescente rumo ao seu crescimento e desenvolvimento, no Passo a Passo me encontrei com um público cuja boa parcela dos usuários não tinham deixado as ruas nem nos momentos mais críticos da pandemia. É diverso o perfil das usuárias e usuários do CAPS AD III Passo a Passo, porém ele conta com uma maioria masculina e um contingente de pessoas que vive ou já viveu em situação de rua. A equipe do Passo a Passo era composta praticamente pelos mesmos núcleos profissionais do Pandorga, exceto por um número maior de profissionais da área da enfermagem. Isso porque o CAPS AD Passo a Passo do GHC é do tipo III apresentando, segundo a Portaria nº 336 (BRASIL 2002), significativas diferenças na oferta de recursos e dispositivos às usuárias e usuários do serviço.

Enquanto o CAPS infantojuvenil, do tipo II, funciona de segunda a sexta, em horário comercial, o CAPS AD III oferta atenção e cuidado em saúde mental todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, além de contar com acolhimento noturno,

disponibilizado através de 5 leitos, segundo a portaria, mas que na prática do serviço ultrapassam os 7 leitos, todos quase sempre ocupados. Esse dispositivo terapêutico, o acolhimento noturno, é intitulado de “Permanência” pela equipe e traz novos desafios ao cotidiano de trabalho se comparado aos processos de trabalho de um CAPS II que não conta com tal recurso. A princípio existem critérios para a usuária e usuário ingressarem na Permanência, não tão fixos, mas mais construídos e revistos pela equipe no dia-a-dia, bem como a partir das particularidades de cada caso. Mesmo assim, pude identificar, em minha passagem pelo Passo a Passo, ao menos dois modos recorrentes de ingresso e um terceiro critério, ou talvez determinante, que parece ter surgido, ou se agudizado, durante a pandemia.

A via mais recorrente de ingresso na Permanência era uma fila de espera, ou seja, um ingresso planejado previamente com a equipe como parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) da usuária ou usuário, cujos motivos poderiam variar, mas que expressavam, sobretudo, um desejo do usuário de estar num ambiente protegido e resguardado das cenas de uso comum, fosse para promover uma desintoxicação ou para diminuição do uso de álcool e/ou outras substâncias. Ainda nessa via de entrada, também estavam aqueles que precisavam passar por um período sem fazer uso antes da entrada em uma Comunidade Terapêutica (CT), visto que a desintoxicação prévia era um dos critérios de ingresso nas CTs. A segunda forma de ingresso na Permanência se dava via acolhimento diurno, o qual acontecia de segunda a sexta, nos dois turnos do dia, em casos no qual se identificava alguma situação de crise ou urgência, quando, então, se considerava a Permanência como uma medida imediata de proteção e cuidado do usuário, que poderia estar apresentando algum tipo de risco a si ou a outras pessoas.

E o terceiro critério, que talvez se trate mais de um determinante, visto a sua transversalização nos demais critérios, seria frente às condições sociais, especialmente no que toca o acesso à moradia e à alimentação. O ingresso na Permanência não garantia somente um ambiente protetivo em relação ao uso de álcool e de substâncias psicoativas, mas garantia um local para dormir, três refeições diárias, e um ambiente livre de violência, tanto das ruas quanto de dentro de casa, que tendem a aumentar quando as condições socioeconômicas da população pioram. O 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, lançado em 8 de junho de 2022, traz alguns dados importantes em relação à fome no Brasil. Ele diz que 33,1 milhões de pessoas não têm o que comer e que são 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome em pouco mais de um ano. A edição recente da pesquisa ainda mostra que mais da metade (58,7%) da população brasileira convive com a insegurança alimentar em algum grau - leve, moderado, grave (fome); dados que apontam que o Brasil regrediu para um patamar equivalente ao da década de 90.

Necropolítica em ação?

Podemos pensar que o agravamento das condições de reprodução social durante os anos da pandemia ocorreu devido a um contexto de aumento de desemprego; aumento do preço dos alimentos; dificuldade do acesso a outras questões de saúde, pela sobrecarga do SUS com as demandas da covid; devido a perda de familiares e amigos e com isso o aumento do sofrimento psíquico, ou também podemos pensar que o agravamento dessas condições se deu pelo modelo de enfrentamento à pandemia escolhido pelo governo federal de Jair Bolsonaro. Desde o início dos primeiros casos, acompanhamos a uma gestão do governo federal marcada pelo negacionismo da gravidade do vírus da covid-19, tratada como uma “gripezinha” e pelo negacionismo da ciência, tendo suas expressões máximas no descrédito e atraso na compra das vacinas, bem como no incentivo ao uso de medicamentos e tratamentos comprovadamente ineficazes no combate ao vírus. Como resultado da política negacionista do governo federal, assistimos ao número de mortos de covid ultrapassar os 700 mil, de maneira, contudo, desigual se observados pelos marcadores sociais de classe, raça e gênero.

Como mencionado no início deste trabalho, o corpo, o rosto e a cor da primeira morte de covid-19 no Brasil foi a de uma mulher, negra, 45 anos, empregada doméstica de uma das regiões mais nobres da cidade do Rio de Janeiro. A morte de Cleonice expressou o que cerca de um ano depois começaria a ser divulgado: a provável desigualdade de mortes por covid entre a população negra e branca, que também revelou uma velha problemática, a nível de dados epidemiológicos do SUS, no que toca a precisão desses dados, uma vez que se carece do recorte racial da população nos boletins epidemiológicos. Em “Necropolítica e Reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica”, Santos et al. (2020) trazem como objetivo “discutir em que medida a inclusão ou não da variável raça/cor nas análises epidemiológicas da pandemia da covid-19 manifesta-se como mecanismo de efetivação da necropolítica e como produtor de iniquidades (injustas e evitáveis) em saúde [...]” (Santos et al., 2020, p. 1).

O artigo inicia com a reflexão de que a pandemia teria exposto e maximizado “problemas históricos que extrapolam o ambiente da saúde, assim abrangendo as conjunturas econômica, política e social” (Santos et al., 2020, p. 2). O texto seguiu a linha de problematizar a perspectiva de um país multiétnico, sustentado pelo mito da democracia racial, ao afirmar a presença da estrutura racista no país “a qual subjuga e circunscreve o corpo negro às margens das políticas públicas” (Goes; Ramos; Ferreira *apud* Santos et al. 2020, p. 2). Além disso, os autores apontam que “identificar o perfil epidemiológico de morbimortalidade é fundamental para o delineamento de políticas públicas que possam mitigar o evento”. (Goes; Ramos; Ferreira *apud* Santos et al., 2020, p. 2-3).

Paralelo à relevância do artigo em buscar, numa perspectiva quantitativa, compreender em que regiões do país houve a inclusão de dados referente a raça/cor nos boletins epidemiológicos da covid-19 e, com os achados preliminares do estudo, indicar, como consta nas considerações finais, que “negros correspondem aos maiores números de casos referentes SRAG hospitalizados e óbitos por covid-19” (Santos et al., 2020, p. 12), foi realizada a articulação do tema do artigo com a ideia de necropolítica do filósofo e teórico político camaronês Achille Mbembe. No ensaio intitulado Necropolítica, Mbembe (2020) vai se basear, para elaboração do conceito de necropolítica, “no conceito de biopoder e explora suas relações com as noções de soberania (*imperium*) e estado de exceção” (Mbembe, 2020, p.7). Mbembe dá início afirmando que “este ensaio pressupõe que a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (Mbembe, 2020, p.5) e logo faz referência ao que Michel Foucault entende por biopoder: “aquele domínio da vida sobre o qual o poder estabeleceu o controle” (Foucault *apud* Mbembe, 2020, p 5-6).

Os autores partem do entendimento social de que a sociedade brasileira foi fundada no racismo, o que vale lembrar, era, junto com o genocídio dos povos originários, o principal dispositivo do projeto colonialista europeu, em sua implementação no século XVI. O artigo, então, define o racismo “enquanto mecanismo de um sistema político de dominação” (Santos et al., 2020, p. 3) e apresenta duas ideias que calcariam a crença nesse sistema político de dominação: “a primeira, que existem diferentes raças humanas; e a segunda, que existem raças humanas que são inferiores às outras” (Foucault *apud* Santos et al., 2020, p. 3). Na seção em que Mbembe (2020) discorre sobre o direito de matar, ele articula o biopoder, como uma racionalidade que “parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer” (Mbembe, 2020, p. 17), com o racismo, visto que ele propicia pôr em operação um importante aspecto do biopoder que seria sua “relação a um campo biológico – do qual toma o controle e no qual se inscreve” (Mbembe, 2020, p. 17). Sobre o racismo Mbembe ainda diz:

Afinal de contas, mais do que o pensamento de classe (a ideologia que define história como uma luta econômica de classes), a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros - ou a dominação a ser exercida sobre eles. (Mbembe, 2020, p. 18).

É através do conceito de necropolítica, o qual se funda na complexidade esboçada brevemente, que o artigo sugere um possível *modus operandi* do governo brasileiro, na condução da pandemia, cujos efeitos sob a população negra são de maior desamparo e mortes. Isso porque tal população além de ser maioria em números populacionais, também é maioria em situação de vulnerabilidade social no país, deixando-a em nítida desvantagem nas condições de

proteção contra o vírus. Nesse sentido, os autores (Santos et al., 2020) apontam que Mbembe, à luz do conceito de necropolítica, “discute o quanto o Estado constrói políticas de exclusão baseada na ideia de inimigo social e a partir disso elege os grupos considerados úteis ou descartáveis” (Mbembe *apud* Santos et al., 2020, p. 2). E complementam que a necropolítica “corroborar ao entendimento das diferenças existentes nas ações do Estado em relação a determinados grupos e a distribuição diferencial de direito à vida” (Brito *apud* Santos et al., 2020, p. 3).

Trata-se menos de sugerir a necropolítica, como uma lógica nova no Brasil, encabeçada apenas pelo governo Bolsonaro, como se o extermínio da população negra fosse algo novo, do que de tornar visível, como hipótese, o quanto com a pandemia se conformam as condições ideais para que uma gestão da morte seja, indiretamente, posta em prática, através de um discurso terceiro, no caso o do vírus da covid-19, que, ao fim e ao cabo isenta o estado de suas próprias ações. Não é à toa que tomo de empréstimo desse artigo a articulação feita entre necropolítica, racismo e pandemia no Brasil, a fim de que me ajude na compreensão das condições sociais das usuárias e usuários do Passo a Passo. Em muito tem a ver com a dura realidade trazida no corpo, nas palavras e histórias das usuárias e usuários do Passo a Passo que me traduziam uma realidade que não tive contato no Pandorga, ou talvez não na intensidade que ali se apresentava.

É claro que a diferença do público infantil para o público álcool e drogas, a priori, já indica naturezas de sofrimento muito distintas, entretanto, talvez pelo serviço funcionar no modo “portas abertas”, através de acolhimentos diários, tínhamos acesso a relatos, a situações e vivências muito “frescas” como se fossemos testemunhas, inseridos em cenas, que há pouco tinham ocorrido. Chegar ao Passo a Passo e escutar as histórias de vida ali compartilhadas me recolocou diante da estrutura social do país, de como os marcadores sociais – raça, classe e gênero – são preponderantes ao se analisar quem são, de onde vêm, como sobrevivem as usuárias e os usuários que vivem em insegurança alimentar, que estão desempregados, que convivem com falta de moradia, ou moradia precária, e que adoecem psiquicamente, recorrendo ao uso de álcool e drogas em decorrência dessas condições, muitas vezes. Dentre várias usuárias e usuários que cruzaram meu caminho e minha escuta nesse lugar, o encontro com Mayte me atravessou de forma especial, pois foi nesse acompanhamento que pude reposicionar o lugar do CAPS na vida das(os) usuárias(os), entendendo-o não tanto como o nó central de suas vidas, mas como apenas mais um que os sustentam como tantos outros nós presentes em seus territórios de vida fora do CAPS.

Narrativa CAPS AD III Passo a Passo

Não fazia muito tempo que Mayte, mulher preta, de pele clara, e traços indígenas, 45 anos, 7 filhos, havia ingressado na Permanência do CAPS. Ela havia chegado logo após um período de internação e solicitava passar uns dias no CAPS até sair sua vaga numa Comunidade Terapêutica, onde pretendia ficar 9 meses. Eu que recebi o telefonema do assistente social da internação solicitando a vaga para a usuária. Após repassar a solicitação à equipe, acordamos acolhê-la. Logo após sua chegada ao CAPS, ela me disse que precisava sacar o quanto antes o Auxílio Emergencial mais o Bolsa Família, que contabilizavam nada mais que R\$ 300,00, na sua agência da Caixa Econômica Federal, no bairro Sarandi. Mayte me perguntou se eu poderia acompanhá-la, eu disse que sim e marcamos para o dia seguinte nossa ida à Caixa. Saímos do CAPS um pouco antes das 9 h da manhã em direção à parada de ônibus. Pensei em pesquisar previamente a linha que teríamos que pegar, mas Mayte sabia quais ônibus nos levariam até nosso destino. Com meia dúzia de palavras e sem se ater muito à minha preocupação de como chegaríamos ao local, Mayte refere um par de ônibus que poderíamos tomar. Muito bem, chegamos e logo um dos ônibus passou. Eu estava com os nossos vale-transportes. Entrego o dela para ela, passamos a roleta e lhe pergunto se ela gostaria de que eu os guardasse. Mayte pensa um pouco e diz que sim. Fico com os dois vale-transportes – pequenos cartões assistenciais que garantiriam nosso retorno –, contudo algo me soa estranho. De qualquer modo os guardo. Mas quem guarda quem ali? O que é de cada uma nesse acompanhamento? Sentamos uma ao lado da outra, eu na janela, ela no corredor. Nossa viagem começou e Mayte me conta que iniciou o uso de crack com 29 anos, tardiamente segundo ela. Me conta que cresceu na zona leste da cidade, onde atualmente vive sua mãe e que saiu de lá por causa de um namorado, o qual lhe apresentou o crack. O bairro Sarandi, para o qual nos dirigíamos, ela conheceu posteriormente, tendo vivido nele nos últimos anos, em vários momentos em situação de rua. Mayte menciona brevemente os filhos, comenta que o mais velho tem 25 anos e está preso, e que a mais nova, 11 anos, vive com a avó paterna. Também me conta da sua profissão, era autônoma (gosto de como essa palavra soa na boca de Mayte) e produzia a parte de decoração até a animação de festas infantis. Ao descer do ônibus, logo avisto a agência da Caixa, assim como a fila que ali já se formava. Fazia calor e lamento comigo mesma não ter trazido uma garrafa de água. Obviamente que isso aqui vai demorar, não são nem 09h30 e já está bem quente, pensei. Logo que nos posicionamos na fila, um homem de sorriso largo e olhos brilhantes, de muleta, caminha em nossa direção. Mayte ágil e decidida caminha até ele. No meio da rua, em frente a padaria Bom Bocado, eles conversam, ele sorri, parece feliz em vê-la. Tal homem, cujo nome era Luis, se aproxima de mim, segue sorrindo e estende a mão em tom de cumprimento. Me diz que está muito feliz em rever Mayte e de vê-la bem

principalmente. Mayte então me pede para falar do CAPS para Luis e inicia, da parte dela, tentativas de convencimento, que se repetiram algumas vezes, de que Luis buscasse o CAPS, assim como ela o fez. Me vi entre eles diversas vezes naquela manhã e foi assim que descobri que entre Mayte e Luis existia uma história de companheirismo e de amor. Companheirismo na vivência das ruas, no trabalho cotidiano de flanelinha que realizavam juntos, no uso de crack, companheirismo no afeto de se quererem bem. A essa altura já estávamos há mais de uma hora e meia na fila, sendo que pouco havíamos avançado nela. A sede veio e Mayte buscou água, a fome chegou e ela buscou salgadinhos na padaria. Ela circulava livremente pela rua, conversava com pessoas, se sentia em casa e fazia de mim sua convidada. À medida que o tempo passava, eu sentia que havia se invertido a lógica de quem acompanhava quem ali, era como se a pergunta de acompanhamento tivesse sido relançada, desta vez feita por mim a ela. Após quase três horas na fila, debaixo do sol quente, Mayte conseguiu entrar na agência e retirar a quantia que lhe era de direito. Depois disso, fomos em busca do ônibus de retorno. Eu guardava as nossas passagens de volta, ela guardava R\$ 300,00 e o mapa de uma vida que ela começava a me mostrar.

Mayte chegou ao Passo a Passo com diversas demandas de saúde para além do desejo de um tratamento para o uso de crack e álcool. Ela convivia com o diagnóstico de tuberculose e HIV, ambas questões de saúde que estavam, no momento de sua chegada, sem tratamento. Diante disso, realizamos um acompanhamento em equipe, compartilhado entre psicologia, enfermagem, psiquiatria, medicina de família e farmácia, com objetivo de garantir a retomada desses tratamentos à usuária antes de ela ir para a Comunidade Terapêutica. Conseguimos agendamento com infectologista, realização de exames e retomada dos medicamentos necessários.

Lembro bem, em uma de nossas primeiras conversas, da usuária me dizendo que buscava tratamento após uma médica dizer-lhe que morreria em breve caso não parasse de fazer uso de crack, e acrescentava, me afirmando que não queria morrer. Não sei se foi por isso, pelo significativo “morte” ter sido posto entre nós desde o início, que mais de uma vez me perguntava, ao longo do tempo em que a acompanhei, como ela se manteve viva até agora. Que pulsão de vida era aquela ou que encontros e territórios de vida foram se formando, sendo mais fortes do que a morte, ao ponto de irem garantindo a sua sobrevivência.

Obtive um pouco de resposta a essas inquietações justamente quando acompanhei (ou quando fui acompanhada) pela usuária ao bairro Sarandi conforme relatado na narrativa

acima. Diferentemente da percepção de maior centralidade que tive da relação dos usuários do Pandorga com o serviço, através daquele trânsito, descobri uma rede de vida, e de produção de saúde, de Mayte para fora do serviço, o que não diminuía a importância do serviço na sua vida, mas que parecia recolocá-lo num outro lugar. Lembro de ter voltado impactada do que havia ali testemunhado, de contar para colegas e equipe na tentativa de acomodar a experiência de um fazer em saúde mental extramuros que parece ressituar a posição do serviço, do profissional e principalmente da(o) usuária(o) que se torna inevitavelmente protagonista do seu percurso terapêutico.

Outro entendimento que me foi dado na passagem pelo Passo a Passo é de que a produção de saúde, e de saúde mental, portanto, caminha junto com a garantia, por parte do Estado, do acesso a direitos sociais, o que está desenhado logo no artigo 196, da seção saúde, da Constituição Federal ao dizer “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (Brasil, 1988). Nesse sentido, lembremos que nada disso é novo, entretanto parece ter de ser lembrado cotidianamente nos processos de trabalho em equipe, nas discussões de caso, na defesa de que a oferta de um almoço, de um banho, de uma janta no CAPS também é parte do acompanhamento em saúde mental.

CAPS II adulto - Bem Viver

O CAPS, contexto e desafios

O começo dos trabalhos no CAPS II Bem Viver foi de grandes expectativas, visto ter sido o serviço escolhido para passar o último ano da Residência e ser, por conseguinte, o serviço no qual permaneceria por mais tempo, de março a fim de novembro. Apesar de termos vivido, no início de 2022, um retorno acelerado do número de contágios, a curva de mortes se mantinha estável, especialmente devido ao avanço da vacinação (Rocha, 2022). Esse cenário certamente implicou numa outra vivência de CAPS que ainda não havia experienciado anteriormente, no sentido da restituição dos grupos e oficinas, e minha participação, enquanto coordenadora, junto de uma das psicólogas do serviço. Além da participação nos espaços coletivos, acompanhei, em atendimento clínico de psicoterapia, alguns pacientes também desde o início de meu período no Bem Viver.

Me pergunto, hoje, considerando os diferentes tempos da pandemia, que se entrelaçaram ao meu percurso na Residência, se esse não representaria o mais próximo do fim de uma travessia, não do fim da pandemia em si, mas de minha relação com ela enquanto residente que iniciou, um ano antes no Pandorga, no seu tempo mais crítico e duro. E talvez por

isso que falar de minha experiência no Bem Viver, envolva, mais do que falar diretamente sobre o funcionamento dos grupos e oficinas, sobre os atendimentos clínicos, discussões de caso, falar sobre o serviço que encontrei, ou melhor, o serviço que foi encontrado nessa travessia final e de como me percebia residente nesse espaço. Para isso, a narrativa a ser compartilhada mais adiante, não trará um recorte de algum encontro com usuárias ou usuários, mas trará um recorte de um encontro comigo mesma, oriundo de uma tarefa do programa de saúde mental que consistia em que nós, residentes, apresentassem, às colegas e preceptoras do cenário de prática, algum registro de nossas vivências e impressões do percurso, até o momento.

Mas antes disso, gostaria de apresentar brevemente a equipe do CAPS Bem Viver e os desafios institucionais que a equipe, especialmente as assistentes de coordenação, lidavam durante o ano de 2022. No que toca à configuração da equipe, podemos dizer que era composta basicamente pelos mesmos núcleos profissionais, técnicos administrativos, equipe de vigilância e higienização, como os outros dois, porém com alguns profissionais a menos do que os outros serviços. Apesar de o Bem Viver, assim como o Pandorga, funcionar de segunda à sexta, nos dois turnos, e o fluxo de entrada, diferente do Passo a Passo, ocorrer via encaminhamento pelo sistema GERCOM, o Bem Viver contava com profissionais a menos do que o Pandorga. Enquanto este era composto por duas assistentes sociais, o Bem Viver tinha somente uma; assim como um psicólogo a menos, sendo três no Pandorga e dois no Bem Viver. Uma recente aquisição do Bem Viver, muito comemorada, foi a de uma segunda técnica em educação que atuava como arteterapeuta. Mas outras demandas nesse sentido seguiam, como a de uma segunda terapeuta ocupacional, uma vez que a equipe contava com apenas uma também.

Atualmente o CAPS Bem Viver é referência de uma área que abrange cerca de 400 mil pessoas, número que dobrou no último ano devido à incorporação, em função de nova pactuação feita entre o município e o GHC, da Gerência Distrital Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas. Assim, atualmente, o serviço é referência da Gerência recém citada; da Gerência Distrital Norte – Eixo Baltazar (NEB), da qual já era referência antes da nova incorporação, e das unidades de saúde do GHC que assistem ambas Gerências, contabilizando, por conseguinte, mais de 400 mil pessoas. Segundo a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), quando a população do município está acima de 200 mil habitantes, o CAPS de referência já não é do tipo II, mas, sim, do tipo III, o que reforça a necessidade do serviço ter o seu quadro de recursos humanos incrementado no mínimo pelas demandas já identificadas e citadas.

O aumento da área de abrangência e, conseqüentemente, da população atendida, a meu ver, trazia preocupações à equipe frente ao aumento da demanda de atendimentos que vinha sem a previsão a curto e médio prazo de abertura de novos CAPS II por parte da prefeitura. Também se convivia com o desafio da retomada de processos de trabalho junto à RAPS e os diferentes níveis de atenção. Reorganizava-se a participação em reuniões mensais da RAPS; o

agendamento de reuniões presenciais com as equipes especializadas de saúde mental do município (ESMAS) para discussão e encaminhamentos de caso; reflexões e formas de se retomar o matriciamento, visto a necessidade de atuação conjunta com a atenção básica, que teve de priorizar, nos primeiros anos da pandemia, os atendimentos de covid-19, o que gerou a secundarização de várias questões de saúde, dentre elas as de saúde mental. Outro dispositivo importante que foi suspenso, exceto em situações nas quais havia alguma demanda judicial de elaboração de laudo psicossocial, foi a visita domiciliar, que era, anterior à pandemia, uma ferramenta clínica utilizada quase que semanalmente pela equipe.

Se observa, a partir disso, um serviço em reabertura tanto para as usuárias e usuários, para que voltassem a ocupar o ambiente do CAPS, das oficinas, dos grupos, para alimentações diárias, na oferta de almoços, quanto para os demais serviços da rede na perspectiva do retorno ou do fortalecimento do diálogo entre os serviços da rede de atenção psicossocial, já que a(o) usuária(o) de saúde mental não pertence a um serviço exclusivamente, mas a uma rede territorializada e intersetorial. Desse modo, o itinerário da Residência no Bem Viver foi marcado, também em função do estágio de gerenciamento que devemos realizar no segundo ano da Residência, em conjunto com as assistentes de coordenação, pelas análises e discussões da política de saúde mental, com seus impasses e perspectivas, e de como ela se atualizava nos processos de trabalho da equipe. Ou seja, uma experiência que foi além do fazer clínico e que adentrou o campo do planejamento, gerenciamento e gestão.

O segundo ano da Residência traz novas responsabilidades ao residente pois, ao permanecer mais tempo em único serviço e ter acumulado uma certa bagagem do primeiro ano, pressupõe-lhe um aprofundamento e apropriação de conhecimentos, dos processos de trabalho, do funcionamento da rede e dos espaços teóricos práticos do itinerário formativo. Tal pressuposição, ainda que possibilite uma maior inserção e voz do residente nas equipes, parece, ao mesmo tempo, com o aumento das responsabilidades, borrar um pouco mais as fronteiras entre o ser estudante e ser trabalhador. Não foram raras as vezes em que o exercício da crítica, impulsionado pelos processos reflexivos próprios do ser estudante, ou toma a frente e se apresenta, privilegiado pelo lugar de “passagem” e formativo do residente, ou toma a posição de recuo, por aos poucos se ver identificado com os trabalhadores na reprodução, nos dilemas, no sofrimento de um cotidiano de trabalho recorrentemente complexo.

É sobre essa zona fronteiriça, a de estudante e de trabalhadora, que a narrativa a seguir se baseia principalmente. Ela foi desenvolvida para a atividade prevista pelo programa de saúde mental, através do qual, depois de alguns meses, deveríamos compartilhar nossas impressões e vivências do cenário de prática até o devido momento, através de um diário de campo. Cada residente teve a liberdade de escolher a forma de registro do seu diário; uma colega criou uma apresentação de slides, outra trouxe itens e a partir deles compartilhou como percebia e se sentia

no seu percurso, e eu optei por trazer em forma de escrita o meu diário.

Narrativa CAPS II - Bem Viver

A dificuldade em começar este diário de campo, quando se pretende ser sincero com quem me está lendo ou escutando, se encontra no simples fato de que isso não tem como ser um diário de campo e verdadeiramente não o é, apesar de que, sim, deveria sê-lo. Mas a essa altura do campeonato, um ano de Residência – para uns, uma vida, para outros, 300 e poucos dias –, não se precisa ter muita vergonha em assumir certas coisas, estados, pensamentos, faltas ou ao menos eu acho que, aqui, com vocês, já não se deveria. Mas voltando para o início dessa história, deste diário que não é diário, que foi a forma como eu consegui começar mais essa tarefa exigida pelo programa de saúde mental. A Residência é bem isso, um montão de coisas que deveria ser e que não é, mas que acaba sendo várias outras coisas e um pouquinho daquelas que nos disseram que tinha de ser e sobre isso ninguém nos avisa, nem orienta, tampouco consta nas páginas do manual do residente. E claro que não poderia constar, sem graça seria, se agora eu descrevesse sobre o trabalho executado a cópia do trabalho prescrito e essa ideia bonita (a diferença do trabalho prescrito para o trabalho executado) já adianta não ser minha, mas me recordo bem de quando ela me chegou (Psicologia e Trabalho era o título da cadeira). Penso não ser à toa que conceitos do campo do Trabalho me surjam agora, talvez porque a formação em serviço nos jogue, às vezes violentamente, nesse tal mundo do trabalho sem muita piedade. E ainda tem gente que diz que o trabalho dignifica e, seguindo o indicado por mim mesma, o protocolo da sinceridade, eu desconfio de que dignidade se está falando. Mas, enfim, voltando ao que interessa, voltando à reflexão da formação em serviço, difícil parece residente não se achar bicho meio esquisito. Em meio à associação livre, que é como ando ultimamente, ossos do ofício, me vem à cabeça a imagem de um centauro... feminista que sou, uma centaura, por favor. Da cintura para baixo, trabalhadora, mas não qualquer tipo de trabalhadora, mas daquelas cujo trabalho ocupa quase 100% da vida, se considerarmos o dia inteiro dedicado à atuação. Mas não só por isso – trabalhadora – mas porque assumimos e somos demandadas a assumir funções muito semelhantes, e dependendo do campo em que se estiver, exigidas, quase que sem querer querendo, a substituir funções de colegas contratados. Trabalhadoras, e aí sim, proletárias, sindicalizadas, que deveriam, inclusive, em greve estar, pois sem vale transporte para trabalhar nem alíquota correta do INSS para um dia quem sabe se aposentar. Mas peraí, vamos voltar, e da parte de cima da centaura falar. Pois, se da metade para baixo trabalhadora, da metade para cima, estudante, ainda que a cabeça às vezes confusa dos dias em que as pernas andam mais rápido e tropeçam, ou dos dias em que elas não respondem e a passos lentos caminham. De qualquer modo, é dessa parte de cima, é da metade estudante, que se teima em

não abrir mão, já que a firmeza do pisar debaixo se constrói na atenção dos olhos em cima. Em um contexto de superexploração do trabalho, do trabalhador, do trabalhador do Sistema Único de Saúde, resistir enquanto estudante pode ser, ainda que mais difícil, mais estratégico, pois assim como a imagem do centauro causa espanto, curiosidade, receio e carrega consigo um certo enigma, afinal como podem duas criaturas numa única só? Nós, residentes, um pouco de centauro também podemos ser. Entre pernas de trabalhadores e cabeças de estudantes, uma criatura nasce, acorda, come, incomoda, atende, escuta, discute caso, articula rede, encaminha, dorme, escreve e fala.

A imagem da centaureta, desse ser meio estudante meio trabalhadora, foi o artifício encontrado na tentativa de traduzir a sensação ou um modo de ser durante o último ano da Residência. Importante destacar que na virada do primeiro para o segundo ano, metade da turma do programa de saúde mental, ou seja, metade das nossas colegas optaram por não finalizar a Residência, aceitando outras propostas de trabalho. Junto disso, no fim do ano de 2021, toda turma da Residência multiprofissional do GHC, no caso residentes de todos os programas, foram informados de que o desconto mensal de contribuição do INSS passaria de 11% para 20%, logo após a esperada notícia de que havíamos recebido reajuste da bolsa, após anos sem reajuste. Devido ao aumento do desconto do INSS, o reajuste da bolsa resultou num aumento irrisório da nossa renda que ainda sofreu os efeitos do corte, pela prefeitura de Sebastião Mello, da meia passagem escolar aos estudantes de pós graduação, obrigando-nos a custear 100% de nosso vale transporte, visto não contarmos com o benefício trabalhista de vale transporte.

Justamente pela Residência nos remeter ao entre lugar já citado, entre estudante e trabalhadora, que o cenário macropolítico, com suas mudanças e decisões, impactam de forma especial o nosso percurso e nos reposicionam trazendo novas perguntas sobre o nosso fazer e sobre como ele é reconhecido ou não socialmente. A saída das colegas, em meio ao contexto importante de desemprego, trazia notícias do mundo do trabalho, e antecipava perguntas sobre um tempo posterior e inevitável que chegaria a todas nós. Também teremos trabalho no ano seguinte? Ou nos somaremos ao contingente de desempregados? Vai valer a pena a espera de nos tornarmos especialistas em saúde mental como aposta de uma maior qualificação de entrada no mercado, especialmente o mercado de trabalho voltado às trabalhadoras do SUS?

Se nos cenários de prática anteriores, a experiência da Residência foi intensamente transversalizada pelos tempos da pandemia, em relação aos processos de trabalho, ao cotidiano dos atendimentos e da relação com as(os) usuárias(os), a experiência do percurso no CAPS II Bem Viver, devido a estabilização da pandemia, que já contava com os profissionais vacinados

em sua 3ª ou 4ª dose de reforço da vacina, propiciou o recolhimento do que havia permanecido e a reconstrução ou invenção de um CAPS que se pretendia reocupado e habitado por usuárias, usuários, familiares, profissionais de outros serviços. A máscara, símbolo de um tempo, se mantinha entre nós, entre nós e as(os) usuárias(os), mas, assim como em qualquer outro momento da pandemia, não impediu que as palavras fossem ditas, compartilhadas e ouvidas. Nesse sentido lembro bem de uma sessão de psicoterapia, na qual o paciente, apesar do forte barulho de obra do lado de fora, devido a uma breve reforma que se realizava naquele momento, e da máscara no rosto, não hesitava em dizer, aumentando o volume da voz: “carrego uma tristeza desde criança”.

A relação que pude vivenciar e perceber das(os) usuárias(os) com o Bem Viver, por mais diversa que seja, pois cada usuária(o) estabelece a sua, foi uma relação sobretudo de presença. Mas de uma natureza de presença que quando se apresenta contém a força das palavras que precisam ser ditas e que parecem depositar ali, a confiança de que serão escutadas. Não foram poucas as vezes em que a escuta me comoveu e me emocionou em atendimentos individuais, grupos, discussões de caso, entre outros espaços. Agora, ao fim desta escrita, desconfio se essa relação de presença com o CAPS não foi a que eu construí com o serviço e com o meu fazer por lá, a qual, penso hoje, me fez, por mais de uma vez, me imaginar trabalhando e atuando em um CAPS II adulto futuramente.

Considerações Finais

A escolha do tema do TCR não foi tarefa fácil pois o processo da Residência, que pressupõe uma formação em serviço, nos insere de forma imersiva e de uma só vez dentro da política pública do SUS; dentro de um nível de atenção do SUS, que ainda deve ser executado por um município; dentro de um serviço; dentro de uma equipe. Ao chegarmos nos espaços da Residência, portanto, somos apresentadas aum sistema, aos seus espaços, conceitos, e as pessoas que operam, produzem, atuam, sendo elas, na prática, o SUS. Devido à complexa engrenagem que é o SUS e por revelar, no seu interior, uma política ainda em disputa e, por isso, em constante construção, que me peguei, mais de uma vez, sem saber que assunto gostaria de abordar, visto serem tantos os que nos tocam e nos atravessam.

Diante disso, resolvi revisitar as cenas que mais me comoveram e que me trouxeram enigmas e tentar, pela via do afeto e da busca do desejo, encontrar aí uma bússola que me apontasse por onde seguir, ou melhor, por onde começar. Foi em meio a essa tentativa que me dei conta de que já havia encontrado o meu tema, que o havia então encontrado em mim mesma, na minha experiência como psicóloga-residente da rede de saúde mental do SUS. Falar da minha própria experiência, fruto dos diversos encontros que tive, me pareceu o caminho mais

sincero e acessível de tomar quando se pretende construir um trabalho marcado mais pela autoria do que pela reprodução. E então me lembro deste poema de Ana Cristina Cesar (1969), chamado Fevereiro:

Quando desisto é que
surges Quando ruges é que
caio Quando desmaio é que
corres Quando te moves me
acho Quando calo me curas
E se te misturo me perco

(assobia!)

Nessa espécie de jogo de encontro e desencontro, de achar e se perder, de desvios e colisões que encontrei a vontade de pôr em texto a experiência de ter sido psicóloga-residente da rede de saúde mental do GHC durante os anos de 2021 e 2022, anos de pandemia da covid-19 no Brasil. Desse modo, tentei ofertar, a partir de cenas recolhidas do dia-a-dia de trabalho nos três CAPS pelos quais passei, pistas e perspectivas das relações estabelecidas entre mim, as(os) usuárias(os) e os serviços no intuito de transmitir, de levar adiante, o testemunho de um tempo de atuação no SUS. Se o compartilhamento e discussão das narrativas foi o dispositivo escolhido para me aproximar dos rastros de minha experiência e, através delas, conseguir enunciar e transmitir um pouco de como a Residência me atravessou, se faz necessário, por fim, retomar as pistas em seus significantes.

Ao revisitar as três narrativas e analisá-las na dimensão de suas ideias e palavras, alguns significantes comuns emergem. Ao revisitar a narrativa do CAPS infantojuvenil Pandorga percebo uma identificação, produzida por mim, no que toca a vivência da pandemia entre mim e as usuárias, uma vez que o CAPS, naquele momento, era o meu principal destino de desejo, de investimento e de receios. O “estar” no CAPS me trazia riscos; riscos de contágios do vírus e o risco de me haver, pela primeira vez, após concluída a graduação de Psicologia, na posição de profissional, de psicóloga, que escuta e que pensa o cuidado em saúde mental em conjunto com uma equipe. Se no Pandorga experienciei uma espécie de “risco”, esse risco, embora representado, por um lado, por uma ameaça do vírus e de possível contágio, por outro lado, estava associado a uma posição que desejei assumir desde o momento da inscrição na prova da Residência, o de vivenciar na prática, como psicóloga, o fazer em saúde mental. Na passagem de um serviço para o outro, contudo, a palavra “risco” se atualiza de uma outra forma, se forjando enquanto significante e apontando para outros significados possíveis.

A vivência no CAPS AD Passo a Passo revelou que, com ou sem pandemia, a construção do cuidado em saúde mental não teria como ser feita, em muitos casos, sem

a queda dos muros do serviço, no sentido de inserir a rua e sua realidade, com seus jogos de poder, sua cor, suas histórias no fazer em saúde mental, como fatores determinantes para produção de vida ou de morte. Compreendi, no acompanhamento de Mayte ao seu território de vida, que o CAPS é apenas mais um território de produção de saúde, que não é o único e que isso não se alterou com a pandemia. Também compreendi que o maior “risco” sob o qual as(os) usuárias(os) do Passo a Passo estavam submetidas, especialmente aquelas que viviam em situação de rua, não era tanto o risco de contrair covid-19, mas um risco permanente, e talvez desde que nasceram, devido a sua cor, classe social, gênero, de serem mais investidos, por parte do estado, por uma política de morte do que de vida. Agora na passagem do Passo a Passo para o Bem Viver as palavras “risco”, “morte” e “vida” seguem e mais uma vez se atualizam.

A construção cotidiana do meu fazer no CAPS II Bem Viver, ilustrada pela narrativa compartilhada, foi permeada pela insistência do ser estudante no corpo da trabalhadora. Era como se uma parte não pudesse se desprender da outra para garantir a existência de ambas. O ser estudante comparecia para problematizar os processos instituídos, para desconfiar das hierarquias de saberes e do poder normatizante que vem com elas, assim como ele também comparecia para acolher a dúvida diante da gravidade de um caso, não pela lente da insegurança mas pela afirmação do estudo, da troca com os pares, da imprescindibilidade da construção coletiva. Na mesma medida do estudante, estava ali o ser trabalhador, que impunha pelo fazer na prática, ou seja pela formação em serviço, o principal método de aprendizado e de legitimação do ser estudante. Na reunião dessas duas formas de ser e estar, me vi psicóloga-residente do CAPS e de uma clínica do “risco”, mas de que risco agora se fala?

Os significantes “risco”, “morte” e “vida” permearam, desde o início da Residência, as reflexões acerca do meu processo formativo, acerca dos desafios do fazer em saúde mental no contexto de tempos pandêmicos. Ao longo desta escrita, contudo, me dei conta de que tais significantes fazem parte, sobretudo, do fazer em saúde mental e da clínica do CAPS – uma clínica do risco poderia assim ser nomeada? O risco que as(os) usuárias(os) convivem em função das situações de vulnerabilidade social que as acompanham; o risco por um cotidiano de trabalho no qual o flerte com a morte, com a vontade de morrer, como demanda clínica, se faz presente; ou poderíamos pensar numa clínica do risco que nós mesmos, profissionais da saúde mental, devemos assumir enquanto posicionamento ético- político. Nesse sentido, subvertemos tal significante desvinculando-o da morte e associando-o à aventura, à disponibilidade de abertura de caminhos, à invenção, aos significados que não nos acomodam ao escutarmos os processos subjetivos de nossas(os) usuárias(os).

Referências

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, I (1): 61-77, jul.-out, 1994.

CESAR, Ana Cristina, 1952-1983. **Poética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas**. Volume I, 2. ed., São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BENJAMIN, Walter. O Narrador. In: **Magia e Técnica, Arte e Política** - ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras escolhidas. Volume I, 2. ed., São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ascom Se/Una-Sus. Ministério da Saúde. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus: mudança de classificação obriga países a tomarem atitudes preventivas**. Mudança de classificação obriga países a tomarem atitudes preventivas. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 9**, de 13 de outubro de 2021. Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos-residentes e aos residentes em área profissional da saúde. Brasília, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL. **Relatório indica que Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome em 2014: ministra desenvolvimento social analisa dados das nações unidas, que tiraram o país do mapa da fome mundo, de 2002 a 2013, caiu em 82% a população de brasileiros considerados em situação de subalimentação**. 2014. Casa Civil. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2014/setembro/relatorio-indica-que-brasil-saiu-do-mapa-mundial-da-fome-em-2014>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRITO, Máira de Deus. **Não. Ele não está**. Curitiba: Appris Editora; 2018

CAMTRA: casa da mulher trabalhadora. **RELEMBRAR para não esquecer: Primeira vítima da Covid-19 no Brasil foi uma empregada doméstica**. 2021. Disponível em: <https://camtra.org.br/relembrar-para-nao-esquecer-primeira-vitima-da-covid-19-no-brasil-foi-uma-empregada-domestica/>. Acesso em: 08 out. 2022.

DUNKER, Christian; NETO, Fuad. **Psicanálise e Saúde Mental**. Porto Alegre: Criação Humana, 2015. 238p.

FOUCAULT, Michael. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.

FOUCAULT, Michael. **Il faut défendre la Société**: Cours au Collège de France, 1975-1976. Paris: Seuil, 1977.

FREUD, Sigmund. (1920). **Além do princípio do prazer**. Obras completas. Volume XVIII, Standard Edition, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

G1. **Bem Estar. Brasil registra quase 4mil mortes por Covid no dia e fecha pior mês da pandemia com 66,8 mil óbitos. 2020**. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/31/brasil-registra-quase-4-mil-mortes-por-covid-no-dia-e-fecha-pior-mes-da-pandemia-com-668-mil-obitos.ghtml>. Acesso em: 08 out. 2022.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Estrutura Organizacional: breve histórico e legislação aplicável**. 2022. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=7> Acesso em: 10 out. 2022.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, Emblemas e Sinais**. São Paulo, Cia das Letras, 1990.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab Educ Saude**, 2020; 18(3):e00278110

GORZIZA, Amanda; GUIMARÃES, Hellen; BUONO, Renata. Brasil, planeta fome. **Piauí**, São Paulo, p. 1-1. 06 dez. 2021. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/brasil-planeta-fome/>. Acesso em: 08 out. 2022.

HUR, Domênico Uhng; SABUCEDO, José Manuel; ALZATE, Mónica. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 21, p. 550-569, 2021. Maio/Junho.

LOPES, Sophia; HOMERO, Valquíria. **Mortes por data real: 4 dos 5 piores meses da pandemia foram em 2021**. Poder 360. São Paulo, 1 p. 12 jun. 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/mortes-por-data-real-4-dos-5-piores-meses-da-pandemia-foram-em-2021/>. Acesso em: 08 out. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. 7. reimp. São Paulo: n-1 edições, 2020.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: seguido de sobre el governo privado indirecto**. Santa Cruz de Tenerife: Melusina; 2011.

MELO, André de Oliveria Sena; RODRIGUES, Mariana Nogueira. Pandemia e Estado Necropolítico: um ensaio sobre as Políticas Públicas e o agravamento das vulnerabilidades da população negra frente ao COVID-19. **Revista Fim do Mundo**, n. 4, jan/abr2021.

PARRA, Nicanor, 1914-2018. **Só Para Maiores de Cem Anos**, Antologia (anti)poética / Nicanor Parra; seleção e tradução de Joana Barossi e Cide Piquet; edição bilíngue. São Paulo: Editora 34, 2019 (2. ed.). 288p.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.406**, de 2 de março de 2022, Porto Alegre, RS. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4297_ce_353019_1.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Estado deve utilizar sistemas informatizados da Saúde da Capital**. 13/11/2018. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/estado-deve-utilizar-sistemas-informatizados-da-saude-da-capital>. Acesso em: 10 out. 2022.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 10 out. 2022.

RESENDE, Gabriel. **Incendiar a tempestuosa noite: imagens da verdade, imagens da coragem**. 1ed. Rio de Janeiro: 7Letras, 2022.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa**. Tomo III. Trad. Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papyrus, 1997.

ROCHA, Lucas. **O que explica um aumento mais lento no número de mortes do que de casos de Covid-19**. Cnn Brasil. São Paulo, p. 1-1. jan. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/o-que-explica-estabilidade-no-numero-de-mortes-com-aumento-de-casos-de-covid-19/>. Acesso em: 13 nov. 2022.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; SANTOS, Kênia Rocha; CONCEIÇÃO, Cídia Dayara Vieira Silva da; OLIVEIRA, Rian Silva de; SILVA, Natiane Ramos Ferreira da; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 4211-4224, out. 2020.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História.. Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez., 2019, p. 1169-1187

SILVA, Lucia Isabel da Conceição; MORAIS, Eduardo Silva de; SANTOS, Mateus Souza dos. COVID-19 e população negra:: desigualdades acirradas no contexto da pandemia. **Revista Thema**, Porto Alegre, v. 18, p. 301-318, 2020. Especial.

SZYMBORSKA, Wislawa. **Poemas**: seleção, tradução e prefácio de Regina Przybycien, edição bilíngue. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva com diagnóstico de infecção pela covid-19 em hospital terciário no Sul do Brasil

Mariana Brondani de Mello, Fabiana de Oliveira Chaise

Resumo

Os fatores de risco e o curso da doença pela covid-19 ainda necessitam de estudos que relacionem fatores independentes para determinados desfechos em pacientes que internam com a forma grave da covid-19 e necessitam de internação na UTI. O objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes, bem como identificar os fatores de risco mais prevalentes, verificar a associação entre esses fatores com o tempo de internação hospitalar e óbito e identificar as variáveis predictoras desses desfechos. Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, onde a coleta de dados obteve como fontes os prontuários eletrônicos dos pacientes adultos internados com covid-19 na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição de março a dezembro de 2020. A amostra foi composta por 500 pacientes, sendo 57% do sexo masculino com a média de idade de 61 anos. As comorbidades mais frequentes foram HAS (61%), obesidade (43%) e DM (38%). O tempo de internação hospitalar teve uma mediana de 23 dias e as complicações mais frequentes nesse período foram IRA (45%) e PAVM (44%). Em relação ao desfecho hospitalar, 48% dos pacientes foram a óbito. IRA, PAVM, ICC e TEP foram identificadas como variáveis predictoras do tempo de internação hospitalar. ICC, IRC, neoplasia, imunossupressão, IRA, PCR e a idade foram predictoras do desfecho óbito. A partir disso, estratégias de prevenção que visam esses fatores e condições de risco podem contribuir para um desfecho hospitalar mais favorável, reduzindo número de complicações hospitalares, tempo de internação e mortalidade.

Palavras-chave: covid-19; perfil epidemiológico; fator de risco.

Introdução

Ao final de 2019, um grupo de pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida, foi observado em Wuhan, na China. Um betacoronavírus, previamente desconhecido, foi revelado nesses pacientes. No início de janeiro de 2020, um novo coronavírus (2019-nCoV) foi isolado (Da Costa et al., 2020; Guarner, 2020; Silva et al., 2019) e denominado 2019-nCoV. Logo após, por determinação do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, passou a ser chamado de SARS-CoV-2. Já a síndrome respiratória aguda associada ao vírus recebeu o nome de *Coronavirus disease 19* (COVID-19) (Casaca et al., 2019; Silva et al., 2019). Em menos de três meses, o número de infectados por SARS-CoV-2 espalhou-se rapidamente por países de todos os continentes, culminando com a classificação de pandemia, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Da Costa et al. 2020; Guarner, 2020; Silva et al., 2019).

As diretrizes de saúde descrevem três principais rotas de transmissão para a covid-19: 1) transmissão de gotículas, 2) transmissão por contato e 3) transmissão por aerossol. Além dessas três rotas, um estudo também indicou o sistema digestivo como uma via de transmissão potencial para a infecção por covid-19 (Zhang et al., 2020). Os sintomas da infecção por covid-

19 aparecem após um período de incubação, que acredita-se que seja de um período de até 14 dias após a exposição ao agente (Chan et al., 2020; Guan et al., 2020; Li et al., 2020).

As características clínicas da covid-19 são amplas e podem variar de um estado assintomático à insuficiência respiratória aguda (IRpA) grave. Dentre as características clínicas mais comuns da doença, estão: febre, tosse, dor de garganta, fadiga, mialgia edispneia (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020; Pascarella et al., 2020). Em alguns casos, os infectados podem ainda apresentar: dor de cabeça, tontura, dor abdominal, diarreia, náusea, vômito e conjuntivite (Huang et al., 2020). Portanto, é difícil diferenciar a covid-19 de outras patologias respiratórias (Pascarella et al., 2020).

Em aproximadamente 90% dos casos, a infecção é leve ou assintomática, sendo que 10% dos pacientes evoluem para forma grave da doença, apresentando hipoxemia, dispneia e comprometimento radiológico extenso ($> 50\%$) do parênquima pulmonar. Destes, 5% cursam para uma condição crítica, com diversas complicações graves como sepse, insuficiência renal aguda, disfunção cardíaca aguda e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), podendo levar a morte (Chan et al., 2020; Pascarella et al., 2020; Zhou et al., 2020). A incidência de infecção por SARS-CoV-2 é observada com mais frequência em pacientes adultos do sexo masculino com idade média dos pacientes entre 34 e 59 anos (Yang et al., 2020). A SARS-CoV-2 também tem maior probabilidade de infectar pessoas com comorbidades crônicas, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e diabetes (Fowler et al., 2003). A maior proporção de casos graves ocorre em adultos com idade ≥ 60 anos com comorbidades. (Bai et al., 2020; Chang et al., 2020; Huang et al., 2020; Wang et al., 2020). Em recente metanálise, Zhang et al. (2020) mostrou que pacientes do sexo masculino, com idade acima de 65 anos e fumantes podem enfrentar um risco maior de evoluir para uma condição crítica ou mortal, e as comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares ou respiratórias também podem afetar significativamente o prognóstico da covid-19.

Complicações graves como hipoxemia, SDRA aguda, arritmia, choque, lesão cardíaca aguda e lesão renal aguda são relatadas em pacientes com covid-19 (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020). Um estudo entre 99 pacientes constatou que aproximadamente 17% dos pacientes desenvolveram SDRA e, entre eles, 11% morreram de falência de múltiplos órgãos (Chen et al., 2020). A duração mediana dos primeiros sintomas à SDRA foi de 8 dias (Wang et al., 2020). A mortalidade associada aos pacientes com SDRA por outras causas está na faixa de 40 a 60%. Nos pacientes com covid-19, esses dados ainda são inconclusivos (Zareifopoulos et al., 2020), mas independente das características, postergar a retirada da VMI nesses pacientes, também pode estar associada a complicações, tornando importante a sua descontinuação o mais breve possível (Goldwasser et al., 2007; Tobin, 1994; Danaga et al., 2009).

Os indivíduos idosos são os mais afetados pela covid-19, em decorrência do prejuízo

no sistema imunológico relacionado à idade, especialmente naqueles que apresentam múltiplas comorbidades (Boccardi, 2020). Sendo assim, o estado de saúde e a funcionalidade dos indivíduos, independente da idade, antes da necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) têm se mostrado importante determinante da complexidade e duração de suporte orgânico na UTI. Além de influenciar em desfechos, como: risco de complicações, aumento do tempo de internação hospitalar, da mortalidade, redução da qualidade de vida pós-alta hospitalar (Clegg et al., 2013).

Esse estudo é um braço temático do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos parâmetros ventilatórios, nutricionais, de força muscular e funcionalidade em pacientes com diagnóstico de coronavírus (covid-19) em uma Unidade de Terapia Intensiva”, o qual foi aprovado pelo CEP do HNSC (CAAE: 34485720.9.0000.5530).

O curso da doença pelo coronavírus ainda necessita de estudos que relacionem fatores independentes para determinados desfechos em pacientes que internam com a forma grave da covid-19 e necessitam de internação na UTI. O tratamento das complicações que ocorrem nesses pacientes ainda é um desafio, visto que até o atual momento, não existe tratamento curativo para o coronavírus. O melhor entendimento dos fatores que podem ser responsáveis por complicações e desfechos desfavoráveis na nossa população é imprescindível, a fim de proporcionar intervenções específicas na melhora dos desfechos desses pacientes.

Revisão de literatura

Histórico

No século XXI, pelo menos três vírus do grupo coronavírus foram responsáveis por números alarmantes de doentes e mortos em todo o mundo. Os tipos virais em questão são o SARS-CoV, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave, o MERS-CoV, que causa a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, e o SARS-CoV-2, um novo coronavírus que surgiu em dezembro de 2019 na China, associado à covid-19 (Silva et al., 2019). Esses coronavírus são zoonóticos e podem ser transmitidos de animal para animal, animal para humano e humano para humano (Meo et al., 2020).

O surto de SARS-CoV começou em 2002, na província de Guangdong, na China, e se espalhou rapidamente para muitos países no Sudeste Asiático, América do Norte, Europa e África do Sul. O vírus recebeu o nome de SARS-CoV, pois os pacientes febris desenvolviam a síndrome respiratória aguda grave e podiam apresentar pneumonia e complicações graves do trato respiratório inferior. A transmissão foi principalmente de pessoa para pessoa através de gotículas que ocorrem durante a tosse ou espirro, através do contato pessoal ou ao tocar em

superfícies contaminadas. O último caso de SARS-CoV ocorreu em setembro de 2003, após infectar mais de 8.000 pessoas e causar 774 mortes com taxa de mortalidade calculada em 9,5% (Guarner, 2020; Rabaan et al., 2020; Silva et al., 2019).

Em 2012, um novo coronavírus surgiu, causando infecções respiratórias graves no Oriente Médio (Arábia Saudita), chamado de MERS-CoV. Os sintomas da MERS-CoV são inespecíficos, mas muitos pacientes acabam desenvolvendo a síndrome respiratória aguda grave. No entanto, em comparação com o SARS-CoV, o MERS-CoV ainda está circulando e a taxa de mortalidade é muito maior (cerca de 35%). Em abril de 2014, o número de casos relatados aumentou para mais de 200 e ocorreram cerca de 40 mortes (Guarner, 2020; Rabaan et al., 2020; Silva et al., 2019).

Em 30 de dezembro de 2019, um grupo de pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida, foi observado em Wuhan, na China. A investigação da causa revelou um betacoronavírus, previamente desconhecido, a partir da análise de células epiteliais das vias aéreas dos pacientes doentes. Uma semana depois, em sete de janeiro de 2020, um novo coronavírus (2019-nCoV) foi isolado nesses pacientes (Da Costa et al., 2020; Guarner, 2020; Silva et al., 2019). No que diz respeito à nomenclatura, o novo coronavírus foi denominado inicialmente de 2019-nCoV e, posteriormente, passou a ser chamado de SARS-CoV-2, conforme o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus. Já a síndrome respiratória aguda associada ao vírus recebeu o nome de covid-19 (Casaca et al., 2019; Silva et al., 2019).

O SARS-CoV-2 já infectou mais pessoas do que seus dois antecessores. Em menos de três meses, o número de infectados espalhou-se por países de todos os continentes rapidamente, culminando com a classificação de pandemia pela OMS (Da Costa et al., 2020; Guarner, 2020; Silva et al., 2019). Atualmente, são mais de seis milhões de casos confirmados de covid-19 em todo o mundo, incluindo quase 400 mil mortes. No Brasil, foram confirmados mais de 500 mil casos de covid-19 e mais de 30 mil mortes (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Agente etiológico, reservatório e modo de transmissão

Os coronavírus pertencem à ordem “Nidovirales” e à família Coronaviridae, que incluem os vírus que usam um conjunto aninhado de mRNAs para sua replicação. Esta é uma família de vírus que causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, que foram isoladas pela primeira vez em 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência do seu perfil na microscopia parecendo uma coroa (Lima, 2020; Rabaan et al., 2020).

Muitos animais domésticos e selvagens podem servir como hospedeiros para os coronavírus (Adhikari et al., 2020). Os morcegos parecem ser a fonte primária(reservatório) de diversas variantes de coronavírus e, também é provável que sejam para o SARS-CoV-2, como sugerem os estudos filogenéticos em andamento com o genoma do novo coronavírus. Entretanto,

é provável que, para que os seres humanos sejam infectados, outro hospedeiro animal (ainda desconhecido para o SARS-CoV-2) esteja envolvido, como foi demonstrado para o SARS-CoV (civetas) e para o MERS-CoV (dromedários) (Zhou et al., 2020).

A investigação epidemiológica dos primeiros casos apontava como elo a visita a um mercado atacadista de frutos do mar e animais selvagens em Wuhan, sugerindo que o novo coronavírus poderia ter sido inicialmente transmitido aos humanos a partir de uma fonte animal. A transmissão inter-humana (pessoa a pessoa) foi rapidamente comprovada e é responsável pela continuidade da propagação da doença (Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Liu et al., 2020; Who, 2020).

As diretrizes de saúde descrevem três principais rotas de transmissão para a covid-19: transmissão de gotículas, transmissão por contato e transmissão por aerossol. Foi relatado que a transmissão de gotículas ocorre quando gotículas respiratórias (produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra) são ingeridas ou inaladas por indivíduos próximos; a transmissão por contato pode ocorrer quando um indivíduo toca uma superfície ou objeto contaminado com o vírus e, posteriormente, toca sua boca, nariz ou olhos; a transmissão por aerossol pode ocorrer quando as gotículas respiratórias se misturam no ar, formando aerossóis e podem causar infecção quando inaladas doses elevadas (Adhikari et al., 2020). Além dessas três rotas, um estudo também indicou o sistema digestivo como uma via de transmissão potencial para a infecção por covid-19 (Zhang et al., 2020).

O potencial de transmissão é medido como o número básico de reprodução do vírus (R_0), que indica o número médio de infecções secundárias causadas por um indivíduo infectado em uma população imunologicamente suscetível. Em geral, um vírus pode causar uma epidemia se $R_0 > 1$. Um surto termina quando R_0 cai abaixo de um (Khedkar, 2020; Patzak, 2020). No caso do SARS-CoV-2, o R_0 é calculado entre 2 e 3.5, indicando que um indivíduo pode transmitir a doença a outras duas ou três pessoas (Da Costa et al., 2020; Guarner, 2020; Silva et al., 2019).

Os sintomas da infecção por covid-19 aparecem após um período de incubação, que se acredita ser de um período de até 14 dias após a exposição ao agente (Chan et al., 2020; Guan et al., 2020; Li et al., 2020b). Usando dados de 181 casos confirmados relatados na China, um modelo de estudo estimou que os sintomas se desenvolveriam em 2,5% dos indivíduos infectados dentro de 2,2 dias, e em 97,5% dos indivíduos infectados dentro de 11,5 dias (Lauer et al., 2020). O período de incubação médio nesse estudo foi de 5,1 dias.

O intervalo de tempo durante o qual um indivíduo com covid-19 é infeccioso é incerto, pois a detecção de RNA viral não indica necessariamente a presença de vírus infeccioso. A carga de RNA viral parece ser maior logo após o início dos sintomas quando comparado com fases posteriores da doença (To et al., 2020; ZOU et al., 2020). Isso aumenta a possibilidade de

que a transmissão seja mais provável no estágio inicial da infecção, mas dados adicionais ainda são necessários para confirmar essa hipótese.

A duração da disseminação viral em um mesmo indivíduo também é variável e parece depender da severidade da doença. Em um estudo de 21 pacientes com doença leve (sem hipóxia), 90% tiveram testes negativos de forma repetida para RNA viral em *swabs* de nasofaringe dez dias após o início dos sintomas; testes foram positivos durante mais tempo em pacientes com doença mais severa (Liu et al., 2020b). Em outro estudo feito com 137 pacientes que sobreviveram à covid-19, a duração média da disseminação de RNA viral de amostras de orofaringe foi de 20 dias (intervalo de 8 a 37 dias) (ZHOU et al., 2020).

Manifestações clínicas

As características clínicas da covid-19 são bastante amplas e podem variar de um estado assintomático à IRpA grave. As características clínicas mais comuns incluem febre, tosse, dor de garganta, fadiga, mialgia e dispneia (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020; Pascarella et al., 2020). Os sintomas menos comuns incluem dor de cabeça, tontura, dor abdominal, diarreia, náusea, vômito e conjuntivite (Huang et al., 2020). Portanto, é difícil diferenciar a covid-19 de outras doenças respiratórias (Pascarella et al., 2020).

O curso da infecção é leve ou assintomático em cerca de 80 a 90% dos casos. Torna-se grave apenas em cerca de 10% dos casos, com dispneia, hipoxemia e comprometimento radiológico extenso (>50%) do parênquima pulmonar. Uma condição crítica se desenvolve em cerca de 5% dos casos, com IRpA, pneumonia, choque e, nos casos mais graves, morte, quase sempre causada pela progressão para SDRA e falência de vários órgãos (Chan et al., 2020; Pascarella et al., 2020). A mediana do tempo entre o início dos sintomas e a dispneia foi de cinco dias; a hospitalização, sete dias; e a SDRA, oito dias (Shen, Yang, 2020).

Incidência e fatores de risco

A incidência de infecção por SARS-CoV-2 é observada com mais frequência em pacientes adultos do sexo masculino, com idade média entre 34 e 59 anos (Yang et al., 2020). A SARS-CoV-2 também tem maior probabilidade de infectar pessoas com comorbidades crônicas, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e diabetes (FOWLER et al., 2003). A maior proporção de casos graves ocorre em adultos com idade acima de 60 anos com comorbidades (Bai et al., 2020; Chang et al., 2020; Huang et al., 2020; Wang et al., 2020).

Em uma recente metanálise, Zhang et al. (2020), mostraram que indivíduos do sexo masculino, com idade acima de 65 anos e fumantes podem ter risco maior de evoluir para uma

condição crítica ou mortal. Além disso, as comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares ou respiratórias também podem afetar significativamente o prognóstico da covid-19.

Complicações

Complicações graves como hipoxemia, SDRA aguda, arritmia, choque, lesão cardíaca aguda e lesão renal aguda são relatadas em pacientes com covid-19 (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020). Um estudo com 99 indivíduos constatou que, aproximadamente 17% dos pacientes desenvolveram SDRA e, entre eles, 11% morreram de falência de múltiplos órgãos (Chen et al., 2020). A duração mediana dos primeiros sintomas à SDRA foi de oito dias (Wang et al., 2020).

Outro estudo, que avaliou 101 pacientes com covid-19, observou que sete (6,9%) pacientes desenvolveram SDRA, sete pacientes foram complicados com sepse e seis deles evoluíram para choque séptico. Choque cardiogênico e arritmia foram encontrados em três e sete pacientes, respectivamente. A proporção de lesão miocárdica, lesão renal aguda e lesão hepática foi de 23,8%, 11,9% e 37,6%, respectivamente. Nove pacientes desenvolveram infecção bacteriana secundária. A mortalidade nesses pacientes foi de 5% e a permanência mediana no hospital foi de 13 dias (Hou et al., 2020).

Na pneumonia por SARS-CoV-2, a infiltração intersticial bilateral com alteração grave da razão ventilação-perfusão e provavelmente *shunt*, causa IRpA e hipóxia (Guan et al., 2020). A hipoxemia aguda pode causar dispneia obstinada com a necessidade de administração de oxigenoterapia por meio de oxigênio nasal de alto fluxo ou pela aplicação de pressão positiva não invasiva (com máscaras oronasais ou faciais, capacetes) (Ding et al., 2020; Guan et al., 2020). Infelizmente, em caso de agravamento da saturação de oxigênio, é obrigatória a intubação orotraqueal e a VMI (Brugliera et al., 2020).

O parênquima pulmonar apresenta hemorragias focais e necrose, até um infarto hemorrágico. O exsudato alveolar pode se consolidar, causando fibrose pulmonar. No entanto, a infecção por SARS-CoV-2 não afeta apenas os pulmões. O baço é reduzido, com sangramento e necrose focal. A contagem de linfócitos diminui significativamente devido à necrose e os macrófagos proliferam com os fenômenos fagocitários. Nos testes imuno-histoquímicos, o baço e os linfonodos mostram redução dos linfócitos T CD4+ e CD8+ (Brugliera et al., 2020).

Na medula óssea, as células de todas as três linhas (eritróide, mielóide e megacariócito) são reduzidas em número. Também é relatada lesão cardiovascular primária grave: os cardiomiócitos podem apresentar degenerações e necrose; foi observada infiltração intersticial linfocítica ou neutrófila e desepitelização dos vasos, vasculites e formação de micro trombos. O fígado e os rins também são afetados em pacientes com covid-19: hepatócitos

degeneram, sinusóides hepáticos são hiperêmicos com infiltração de micro trombos e linfócitos e neutrófilos nos espaços portais; enquanto os túbulos mostram degeneração epitelial e os capilares do intersticial são hiperêmicos, com possíveis micro trombos e fibrose intersticial (Brugliera et al., 2020).

Também foi relatado envolvimento do sistema nervoso central, com disgeusia, hiposmia e alterações da consciência ou manifestações neuropsicológicas. O parênquima cerebral mostra hiperemia e edema com degeneração neuronal (Baig et al., 2020). A disseminação hematogênica parece ser responsável pela "neuroinvasão" da SARS-COV-2 com o envolvimento das vias nervosas central e periférica. Consequências são a miopatia e neuropatia da doença crítica, bem como outras possíveis síndromes neurológicas com etiologia pós-infecciosa, como a síndrome de Guillain-Barré (Baig et al., 2020).

Até o momento, duas fases distintas da síndrome SARS-CoV-2 foram identificadas: a primeira fase (aguda) é caracterizada por uma síndrome respiratória predominante, enquanto na segunda, juntamente com a recuperação progressiva da doença respiratória, síndrome do repouso prolongado e sequelas de VMI foram relatadas (Brugliera et al., 2020).

Diagnóstico

Um caso suspeito é definido como um caso de febre, dor de garganta e tosse, com histórico de viagens ou contato com pacientes com histórico de viagens ou com infecção confirmada por covid-19. No entanto, os casos podem ser assintomáticos ou mesmo sem febre. Um caso confirmado é um caso suspeito com um teste molecular positivo (Singhal, 2020).

Até o momento, o teste mais comumente utilizado e confiável para o diagnóstico de covid-19 é o teste de RT-PCR (*reverse-transcriptase polymerase chain reaction*) realizado com amostras do trato respiratório superior, incluindo *swabs* nasofaríngeos e *swab* na garganta (Sethuraman et al., 2020), ou amostras do trato respiratório inferior, como escarro (se produzido), aspirado endotraqueal ou lavagem bronco alveolar em pacientes com doença respiratória mais grave (Venter, 2020). Vários estudos demonstraram que o RNA da SARS-CoV-2 também pode ser detectado em amostras de sangue e fezes (Pascarella et al., 2020; Singhal, 2020).

A especificidade do teste de RT-PCR parece ser muito alta, embora possa haver resultados falso-positivos devido à contaminação por *swab*, principalmente em pacientes assintomáticos. A taxa de sensibilidade não é clara, mas é estimada em 66 a 80%. A validade do teste em indivíduos assintomáticos que estiveram em contato próximo com pessoas sintomáticas é ainda menos clara; a taxa de positividade pode chegar a 50% sem nenhuma evidência de sintomas ou infecção comprovada (Pascarella et al., 2020).

A radiografia de tórax geralmente mostra infiltrados bilaterais, mas pode ser normal no início da doença. A tomografia computadorizada (TC) é mais sensível e específica. Os achados típicos da TC em indivíduos com covid-19 são infiltrados, opacidades em vidro fosco, particularmente nos lobos periférico e inferior, e múltiplas áreas lobulares e subsegmentares bilaterais de consolidação, especialmente em pacientes em UTI (Pascarella et al., 2020; Singhal, 2020). O número de segmentos pulmonares envolvidos foi relacionado à gravidade da doença. Essas opacidades tendem a fluir juntas e a engrossar com a progressão da doença (Pascarella et al., 2020).

O diagnóstico diferencial inclui todos os tipos de infecções virais respiratórias, entre eles: influenza, parainfluenza, vírus sincicial respiratório, adenovírus, metapneumovírus humano, coronavírus não covid-19, organismos atípicos (micoplasma, clamídia) e infecções bacterianas. Não é possível diferenciar covid-19 dessas infecções clinicamente ou por meio de exames laboratoriais de rotina (Singhal, 2020).

Objetivo geral

Analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes admitidos com diagnóstico de covid-19 em unidade de terapia intensiva de um hospital terciário no Sul do Brasil.

Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco mais prevalentes nos pacientes com covid-19.
- Verificar a associação entre fatores de risco e comorbidades com o tempo de internação hospitalar e o desfecho óbito.
- Identificar as variáveis previsoras do tempo de internação hospitalar e óbito.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caráter transversal, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários dos pacientes com covid-19 internados na UTI Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no período de março a dezembro de 2020.

A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes adultos (idade ≥ 18 anos), de ambos os sexos, internados na UTI do HNSC, com diagnóstico de covid-19, confirmado pelo teste RT-PCR e/ou teste rápido.

A coleta de dados foi feita através dos prontuários eletrônicos com o auxílio de uma ficha contendo dados demográficos (sexo e idade) e clínicos (comorbidades, data da internação hospitalar e na UTI, medicações, complicações, hemodiálise, traqueostomia, tempo de internação e desfecho). Para avaliar a gravidade da doença, o risco para morbidade e a mortalidade foi utilizado o *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3) (Moreto et al., 2005; Almeida et al., 2005), realizado na rotina em nossa UTI, nas primeiras 24h de internação. Ele é composto de 20 variáveis, representadas por escore fisiológico agudo e avaliação do estado prévio, visando estabelecer um índice preditivo de mortalidade para pacientes admitidos nas UTIs. O menor valor atribuído pelo escore é 16 e o maior é 217 pontos.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 20.0. A distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis contínuas foram descritas em médias e desvio padrão ou medianas e amplitude interquartil, e as categóricas como números absolutos e percentuais. Para verificar as associações com o desfecho óbito foi realizado o Teste do Qui-quadrado e com o tempo de internação hospitalar o Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney. Foi realizada a regressão logística binária utilizando o Teste do Qui-Quadrado para o desfecho óbito e regressão linear múltipla utilizando o ANOVA para o tempo de internação hospitalar. O nível de significância de 5% foi considerado significativo ($p < 0,05$).

Esse estudo é um braço temático do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos parâmetros ventilatórios, nutricionais, de força muscular e funcionalidade em pacientes com diagnóstico de Coronavírus (Covid-19) em uma Unidade de Terapia Intensiva”, o qual foi aprovado pelo CEP do HNSC (CAAE: 34485720.9.0000.5530). A pesquisa começou a ser executada somente após a sua aprovação, seguindo as diretrizes e normas vigentes regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O coordenador da UTI do HNSC aprovou a realização deste estudo nas respectivas unidades, e assinou um Termo de Ciência, permitindo a realização da pesquisa. Os pesquisadores comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do GHC. A identidade dos participantes será preservada. Na coleta e armazenamento dos dados os participantes serão identificados por números ou letras e durante a análise e publicação dos dados na literatura científica não serão reveladas suas identidades. Os dados coletados permanecerão sob responsabilidade dos pesquisadores e utilizados apenas para esta pesquisa, durante o período previsto para realização e publicação dos resultados. Os registros da presente pesquisa serão arquivados por cinco anos e após, destruídos.

Resultados

Foram analisados os prontuários de 500 pacientes internados na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição entre março e dezembro de 2020 com diagnóstico confirmado de covid-19. Todos os pacientes preencheram os critérios de inclusão e nenhum foi excluído, totalizando 500 pacientes. A Tabela 1 apresenta as características clínicas e epidemiológicas da amostra.

Tabela 1. Características clínicas e epidemiológicas

Variáveis	N = 500
Sexo masculino, n (%)	285 (57)
Idade (anos)	61 ± 14
SAPS 3 (pontos)	68 ± 17
Comorbidades, n (%)	
DM	190 (38)
HAS	305 (61)
Asma	38 (8)
DPOC	62 (12)
Cardiopatia	75 (15)
ICC	52 (10)
Obesidade	214 (43)
Tabagismo	51 (10)
IRC	60 (12)
Neoplasia	57 (11)
Imunossupresso	42 (8)
Medicações, n (%)	
Sedação	452 (90)
DVA	402 (80)
BNM	399 (80)
Anticoagulante	409 (82)
Corticoide	438 (88)
Complicações, n (%)	
PAVM	218 (44)
TEP	66 (13)
IRA	224 (45)
PCR	30 (6)
Hemodialise, n (%)	155 (31)
Traqueostomia, n (%)	81 (16)
Desfecho UTI, n (%)	
Alta	266 (53)
Óbito	230 (46)
Transferência	4 (1)
Desfecho Hospitalar, n (%)	
Alta	248 (50)
Óbito	240 (48)
Transferência	12 (2)
TI na UTI (dias)	14 (8;25)
TI hospitalar (dias)	23 (14;36)

Dados em média ± DP, mediana (P25-75) ou n (%). SAPS 3: Simplified Acute Physiology Score 3; DM: Diabetes Mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IRC: insuficiência renal crônica; DVA droga vasoativa; BNM: bloqueador neuromuscular; PAVM: pneumonia associada a ventilação mecânica; TEP: tromboembolismo pulmonar; IRA: insuficiência renal aguda; PCR: parada cardiorrespiratória; UTI: unidade de terapia intensiva; TI: tempo de internação.

Na análise bivariada, houve uma associação significativa entre o desfecho óbito e as

variáveis DM [$X^2(1) = 5,572$; $p = 0,018$], HAS [$X^2(1) = 7,180$; $p = 0,007$], DPOC [$X^2(1) = 11,052$; $p = 0,001$], cardiopatia [$X^2(1) = 9,050$; $p = 0,003$], ICC [$X^2 = 12,465$; $p < 0,001$], obesidade [$X^2(1) = 11,470$; $p = 0,001$], IRC [$X^2(1) = 11,294$; $p = 0,001$], neoplasia [$X^2(1) = 17,003$; $p < 0,001$], IRA [$X^2(1) = 55,750$; $p < 0,001$] e PCR [$X^2(1) = 15,963$; $p < 0,001$]. A partir disso, foi realizada uma regressão logística binária para verificar os fatores previsores do desfecho óbito conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Fatores previsores do óbito

Variáveis	OR (IC 95%)	p
DM	1,104 (0,934 - 1,304)	0,247
HAS	0,938 (0,771 - 1,141)	0,520
DPOC	1,020 (0,839 - 1,239)	0,844
Cardiopatia	1,007 (0,833 - 1,218)	0,940
ICC	1,271 (1,025 - 1,576)	0,029*
Obesidade	0,948 (0,790 - 1,138)	0,568
IRC	1,233 (1,014 - 1,498)	0,035*
Neoplasia	1,454 (1,172 - 1,803)	0,001*
Imunossupresso	1,371 (1,053 - 1,785)	0,019*
TEP	0,757 (0,572 - 1,002)	0,051
IRA	1,780 (1,495 - 2,120)	0,000*
PCR	1,522 (1,165 - 1,989)	0,002*
Idade	1,029 (1,021 - 1,038)	0,000*

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confiança; DM: Diabetes Mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IRC: insuficiência renal crônica; TEP: tromboembolismo pulmonar; IRA: insuficiência renal aguda; PCR: parada cardiorrespiratória. * $p < 0,05$.

Em relação ao tempo de internação hospitalar dos pacientes que tiveram alta, as variáveis associadas com o maior tempo de internação foram DM ($U = 8,816$; $p = 0,019$), cardiopatia ($U = 3,900$; $p = 0,041$); ICC ($U = 2,580$; $p = 0,009$), tabagismo ($U = 4,082$; $p = 0,011$), IRC ($U = 3,009$; $p = 0,022$), PAVM ($U = 13,551$; $p = 0,000$), TEP ($U = 5,950$; $p < 0,001$) e IRA ($U = 10,862$; $p < 0,001$). Foi realizada a regressão linear múltipla para verificar as variáveis previsoras do tempo de internação hospitalar dos pacientes que tiveram alta (Tabela 3). A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo [$F(10, 249) = 14,321$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,365$].

Tabela 3. Variáveis predictoras do TI hospitalar

Variáveis	β	t	p
DM	0,071	1,277	0,203
HAS	-0,036	-0,645	0,519
DPOC	0,027	0,469	0,640
Cardiopatia	-0,014	-0,252	0,801
ICC	0,152	2,741	0,007*
Tabagismo	0,072	1,276	0,203
IRC	0,045	0,796	0,427
TEP	0,112	2,097	0,037*
IRA	0,259	4,735	0,000*
PAVM	0,392	7,133	0,000*

B: Coeficiente padronizado Beta; t: teste T; DM: Diabetes Mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IRC: insuficiência renal crônica; TEP: tromboembolismo pulmonar; IRA: insuficiência renal aguda; PAVM: pneumonia associada a ventilação mecânica. * $p < 0,05$.

Discussão

Esse estudo buscou caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com covid-19 internados na UTI. Houve maior incidência do sexo masculino, com idade média de 61 anos, portadores de HAS, DM e obesos. Durante a internação, as complicações mais frequentes foram IRA e PAVM. Em relação ao desfecho hospitalar, 48% dos pacientes foram a óbito e a mediana do tempo de internação hospitalar foi de 23 dias. Além disso, identificamos que as variáveis ICC, IRC, neoplasia, imunossupressão, IRA, PCR e a idade foram predictoras do desfecho óbito, e as variáveis ICC, TEP, IRA PAVM foram predictoras do tempo de internação hospitalar.

O estudo de Khan e colaboradores observou que a população infectada pela covid-19 foi predominantemente do sexo masculino (Khan et al., 2020), concordando com nossos achados. Em uma metanálise, o sexo masculino foi associado a maiores chances de admissão na UTI e aumento das chances de morte (Peckham et al., 2020). Curiosamente, SARS e MERS também infectaram mais homens do que mulheres. Diferenças nos níveis e tipos de hormônios sexuais circulantes em homens e mulheres podem influenciar a suscetibilidade da infecção por covid-19 (Parohan et al., 2021).

Na revisão de Gao et al., a maior gravidade da doença foi associada com a idade avançada. A idade mediana dos pacientes internados na UTI foi superior aos não internados na UTI (GAO et al., 2021). Em outro estudo, os pacientes que apresentaram idade >59 anos foram 5,1 vezes mais propensos a irem a óbito (Wu et al., 2020). Na metanálise de Parohan e colaboradores, a

idade avançada foi associada a um risco 4x maior de mortalidade por covid-19 (Parohan et al., 2021). Os defeitos dependentes da idade na função das células B e T e o excesso de produção de citocinas tipo 2 podem levar a respostas pró-inflamatórias prolongadas e deficiência no controle da replicação viral, potencialmente levando a resultados ruins (Opal; Girard; Ely, 2005).

Concordando com os achados desse estudo, a HAS foi mais frequentemente observada em pacientes graves com covid-19 (Li et al., 2020a, 2020c). Wang et al. relataram que a prevalência de HAS foi significativamente maior entre pacientes com covid-19 que necessitaram de cuidados na UTI (Wang et al., 2020). O desequilíbrio entre as duas principais vias do sistema renina-angiotensina-aldosterona, pode contribuir para o aumento do risco de gravidade de pacientes com covid-19 com comorbidades e idade avançada. O controle inadequado da pressão arterial é um risco importante para todas as mortes cardiovasculares e se torna um fator de confusão para mortes por covid-19 (Gao et al., 2020a; Zhou et al., 2018).

O DM é uma comorbidade comum em pacientes com covid-19 e foi sugerido como um fator de risco de casos graves de covid-19 (Du et al., 2021). Uma metanálise mostrou que pacientes diabéticos com covid-19 tinham um risco de doença grave ou morte (Guo et al., 2020), e maior taxa de internações em UTI (Shi et al., 2020). Petrilli e colaboradores realizaram um estudo de coorte em pacientes com covid-19 e verificaram que pacientes com DM tiveram um risco aumentado de internação hospitalar e doença crítica (Petrilli et al., 2020). Mecanicamente, a expressão de ACE2, o receptor de entrada do SARS-CoV-2, está aumentada em pacientes com DM tipo 2 nos pulmões e outros tecidos (Rajpal; Rahimi; Ismail-Beigi, 2020). Essa regulação positiva está associada à inflamação crônica, ativação de células endoteliais e resistência à insulina, o que agrava resposta inflamatória e leva à disfunção da barreira alvéolo-capilar (Hayden, 2020).

Em um grande estudo de coorte de 433.995 pacientes com covid-19, os pacientes obesos apresentaram risco aumentado de hospitalização e gravidade (Fresán et al., 2021). Da mesma forma, Gao et al. relataram maior gravidade e maior permanência hospitalar em pacientes obesos com covid-19 (Gao et al., 2020b). Pacientes obesos com IMC ≥ 35 kg/m² tiveram um risco aumentado de admissão na UTI quando com covid-19 < 60 anos (Lighter et al., 2020). A elastância da parede torácica prejudicada e complacência reduzida do sistema respiratório, levando a função pulmonar danificada (Jose; Manuel, 2020), níveis mais altos de estado pró-inflamatório e níveis de interleucina (IL)-6 e um risco maior de trombose contribuem para o aumento do risco de covid-19 grave em pacientes obesos (Sattar; McInnes; McMurray, 2020).

Casos graves e críticos de covid-19 estão predispostos a IRA, como observado em nosso estudo, e são indicados principalmente por níveis elevados de ureia e creatinina (Gao et al., 2021). Notavelmente, as taxas de prevalência de pacientes com níveis aumentados de ureia e

creatinina entre casos graves foram de 13,1% e 14,4%, respectivamente, que foram significativamente maiores do que aqueles em casos leves (Cheng et al., 2020). Em uma metanálise envolvendo 25.278 pacientes com covid-19, níveis mais altos de ureia e creatinina foram associados a casos graves (Shao et al., 2020). No estudo que realizou uma revisão abrangente de revisões sistemáticas (Harrison et al., 2021) foram encontradas associações entre doença renal e desfechos com covid-19. A maior revisão de qualidade moderada relatou uma associação significativa entre doença renal e maiores chances de mortalidade e covid-19 grave (Luo et al., 2020).

Concordando com nossos achados, pacientes com covid-19 foram significativamente mais propensos a serem investigados para PAV e tiveram uma maior incidência de PAV confirmada microbiologicamente (Maes et al., 2021). Esse estudo encontrou uma alta densidade de incidência de PAV confirmada (28/1000 dias de ventilação) entre pacientes com covid-19, enquanto que aqueles sem covid-19 tiveram taxas mais próximas às relatadas de outras unidades na era pré covid-19, onde as densidades de incidentes foram relatados em 6-14/1000 dias de ventilação para PAV confirmada (Morris et al., 2011). O principal achado de uma metanálise (Ippolito et al., 2021) foi que quase um paciente com covid-19 em cada dois pode desenvolver PAV durante a permanência na UTI.

A gravidade dos danos pulmonares em pacientes com pneumonia por covid-19 pode levar a um aumento na taxa de infecções (Ippolito et al., 2021). Além disso, pacientes com covid-19 frequentemente precisam de ventilação mecânica prolongada, posicionamento prona (Chang et al., 2021) e receberam terapias imunomoduladoras, que podem ter aumentado o risco de desenvolver PAV (Giacobbe et al., 2021). Além disso, pacientes com covid-19 apresentam uma desregulação complexa de sua função imunológica com características de ativação hiperinflamatória e dano de órgãos, bem como funções antimicrobianas prejudicadas (Hotchkiss; Monneret; Payen, 2013; Laing et al., 2020).

A revisão de Luo et al. sugeriu que doenças cardiovasculares estavam associadas a 2,65 vezes mais chances de mortalidade com covid-19 (Luo et al., 2020). Um grande estudo observacional global que incluiu 169 hospitais de três continentes e cerca de 9.000 pacientes encontrou doença arterial coronariana e ICC como preditores independentes de morte intra-hospitalar (Mehra et al., 2020). Em nosso estudo, a ICC foi considerada uma variável previsora do tempo de internação hospitalar e da mortalidade. Pacientes com ICC apresentam risco aumentado devido à sua imunidade reduzida, fragilidade geral e capacidade hemodinâmica reduzida para lidar com infecções mais graves (Bader et al., 2021).

Esse estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas, como o risco de viés de seleção por se tratar de um estudo retrospectivo e o risco de aferição devido aos dados serem provenientes de prontuários eletrônicos, assim como ter sido realizado em um único

centro. Além disso, os dados foram coletados de pacientes internados na UTI em 2020, porém com a grande capacidade de mutação do vírus e o surgimento de novas variantes da covid-19, poderá haver alterações frequentes no perfil dos pacientes internados. Sendo assim, se faz necessário a atualização constante da literatura com a realização de novos estudos.

Considerações finais

A partir dos resultados desse estudo, foi possível caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com covid-19 internados na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 2020. Os pacientes incluídos eram, na sua maioria, do sexo masculino, idosos, portadores de HAS, DM e obesos. O tempo de internação hospitalar teve uma mediana de 23 dias e as complicações mais frequentes nesse período foram IRA e PAVM. Dos 500 pacientes internados, 48% foram a óbito e a principal variável previsora desse desfecho e do tempo de internação hospitalar foi a ICC.

A identificação de fatores de risco para prognóstico da covid-19 é importante para identificar grupos de pacientes de alto risco e direcionar estratégias de intervenção. Muitos dos fatores de risco identificados como significativamente associados a resultados adversos são potencialmente modificáveis. Portanto, as estratégias de prevenção primária e secundária que visam esses fatores e condições de risco podem contribuir para um desfecho hospitalar mais favorável nos pacientes com covid-19, reduzindo o número de complicações hospitalares, tempo de internação e mortalidade.

Referências

ADHIKARI, S. P. et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: A scoping review. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 9, n. 1, 2020.

BADER, F. et al. Heart failure and COVID-19. **Heart Failure Reviews**, v. 26, n. 1, 2021.

BAI, Y. et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 14, p. 1406–1407, 2020.

BAIG, A. M. et al. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic MechanismsACS Chemical Neuroscience, **2020**.

BRUGLIERA, L. et al. Rehabilitation of COVID-19 patients. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 52, n. 4, p. jrm00046, 2020.

CASACA, M. C. G. et al. Comparison of data on infections and deaths by the new Coronavirus in different countries in the world with brasilian data since first infection until the end of the first fifteen of April 2020. **Brazilian Journal of health Review**, v.2, p. 2205, 2019.

CHAN, J. F. W. et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 514–523, 2020.

CHANG, D. et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Novel Coronavirus Infections Involving 13 Patients Outside Wuhan, China. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 11, p. 1092–1093, 2020.

CHANG, R. et al. COVID-19 ICU and mechanical ventilation patient characteristics and outcomes—A systematic review and meta-analysis PLoS ONE, 2021.

CHEN, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507–513, 2020.

CHENG, Y. et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19 *Kidney International*, 2020.

DA COSTA, V. G.; MORELI, M. L.; SAIVISH, M. V. The emergence of SARS, MERS and novel SARS-2 coronaviruses in the 21st century. **Archives of Virology**, n.0123456789, 2020.

DING, L. et al. Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: A multi-center prospective cohort study. **Critical Care**, v. 24, n. 1, 2020.

DU, H. et al. Clinical characteristics of 182 pediatric COVID-19 patients with different severities and allergic status. **Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 76, n. 2, p. 510–532, 2021.

FOWLER, R. A. et al. Critically Ill Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome. **Journal of the American Medical Association**, v. 290, n. 3, p. 367–373, 2003.

FRESÁN, U. et al. Independent Role of Severe Obesity as a Risk Factor for COVID-19 Hospitalization: A Spanish Population-Based Cohort Study. **Obesity**, v. 29, n. 1, p. 29–37, 2021.

GAO, C. et al. Association of hypertension and antihypertensive treatment with COVID-19 mortality: a retrospective observational study. **European Heart Journal**, v. 41, n. 22, p. 2058–2066, 2020a.

GAO, F. et al. **Obesity Is a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity** *Diabetes Care*, 2020b.

GIACOBBE, D. R. et al. Incidence and prognosis of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients with covid-19: A multicenter study. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 4, p. 1–13, 2021.

GUAN, W. J. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England journal of medicine*, 2020.

GUARNER, J. Three Emerging Coronaviruses in Two Decades: The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. **American Journal of Clinical Pathology**, v. 153, n. 4, p. 420–421, 2020.

- GUO, L. et al. Comorbid diabetes and the risk of disease severity or death among 8807 COVID-19 patients in China: A meta-analysis. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 166, 2020.
- HARRISON, S. L. et al. Cardiovascular risk factors, cardiovascular disease, and COVID-19: An umbrella review of systematic reviews. **European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes**, v. 7, n. 4, p. 330–339, 2021.
- HAYDEN, M. R. Endothelial activation and dysfunction in metabolic syndrome, type 2 diabetes and coronavirus disease 2019. **Journal of International Medical Research**, 2020.
- HOTCHKISS, R. S.; MONNERET, G.; PAYEN, D. **Immunosuppression in sepsis: A novel understanding of the disorder and a new therapeutic approach** *The Lancet Infectious Diseases*, 2013.
- HOU, W. et al. Risk factors for disease progression in hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study. **Infectious diseases** (London, England), v.0, n. 0, p. 1–8, 2020.
- HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020.
- IPPOLITO, M. et al. Ventilator-associated pneumonia in patients with covid-19: A systematic review and meta-analysis. **Antibiotics**, v. 10, n. 5, p. 1–19, 2021.
- JOSE, R. J.; MANUEL, A. **Does Coronavirus Disease 2019 Disprove the Obesity Paradox in Acute Respiratory Distress Syndrome?** *Obesity*, 2020.
- KHAN, M. et al. Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single- centre study. **Journal of Medical Microbiology**, v. 69, n. 8, p. 1114–1123, 2020.
- KHEDKAR, P. H.; PATZAK, A. SARS-CoV-2: What do we know so far? **Acta physiologica** (Oxford, England), n. March, p. e13470, 2020.
- LAING, A. G. et al. A dynamic COVID-19 immune signature includes associations with poor prognosis. **Nature Medicine**, v. 26, n. 10, p. 1623–1635, 2020.
- LAUER, S. A. et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. **Annals of internal medicine**, 2020.
- LI, R. et al. Clinical characteristics of 225 patients with COVID-19 in a tertiary Hospital near Wuhan, China. **Journal of Clinical Virology**, v. 127, 2020a.
- LI, X. et al. Evolutionary history, potential intermediate animal host, and cross-species analyses of SARS-CoV-2. **Journal of Medical Virology**, v. 92, n. 6, p. 602–611, 2020b.
- LI, X. et al. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 146, n. 1, p. 110–118, 2020c.
- LIGHTER, J. et al. **Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for br** COVID-19 hospital admission *Clinical Infectious Diseases*, 2020.
- LIMA, C. M. A. DE O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19).

Radiologia Brasileira, v. 53, n. 2, p. 18–19, 2020.

LIU, T. et al. Transmission Dynamics of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). **SSRN Electronic Journal**, 2020a.

LIU, Y. et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. **The Lancet Infectious Diseases**, 2020b.

LUO, L. et al. The potential association between common comorbidities and severity and mortality of coronavirus disease 2019: A pooled analysis. **Clinical Cardiology**, v.43, n. 12, p. 1478–1493, 2020.

MAES, M. et al. Ventilator-associated pneumonia in critically ill patients with COVID-19. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 1–11, 2021.

MEHRA, M. R. et al. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 25, p. e102, 2020.

MEO, S. A. et al. Novel coronavirus 2019-nCoV: Prevalence, biological and clinical characteristics comparison with SARS-CoV and MERS-CoV. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 24, n. 4, p. 2012–2019, 2020.

MORRIS, A. C. et al. Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: Impact of implementing a care bundle. **Critical Care Medicine**, v. 39, n. 10, p. 2218– 2224, 2011.

PAROHAN, M. et al. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Aging Male**, v. 23, n. 5, p. 1416–1424, 2021.

PASCARELLA, G. et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. **Journal of Internal Medicine**, n. March, p. joim.13091, 2020.

PETRILLI, C. M. et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: Prospective cohort study. **The BMJ**, v. 369, 2020.

RABAAN, A. A. et al. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-COV: A comparative overview. **Le infezioni in medicina**, v. 28, n. 2, p. 174–184, 2020.

RAJPAL, A.; RAHIMI, L.; ISMAIL-BEIGI, F. **Factors leading to high morbidity and mortality of COVID-19 in patients with type 2 diabetes** **Journal of Diabetes**, 2020.

SATTAR, N.; MCINNES, I. B.; MCMURRAY, J. J. V. **Obesity Is a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection: Multiple Potential Mechanisms** **Circulation**, 2020.

SETHURAMAN, N.; JEREMIAH, S. S.; RYO, A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. **Jama**, v. 2019, p. 2019–2021, 2020.

SHAO, M. et al. Acute kidney injury is associated with severe infection and fatality in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of 40 studies and 24,527 patients **Pharmacological Research**, 2020.

SHEN, K. L.; YANG, Y. H. Diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus infection in children: a pressing issue. **World Journal of Pediatrics**, 2020.

SHI, Q. et al. Clinical Characteristics and Risk Factors for Mortality of COVID-19 Patients with Diabetes in Wuhan, China: A Two-Center, Retrospective Study. **Diabetes Care**, v. 43, n. 7, p. 1382–1391, 2020.

SILVA, D. P. DA; SANTOS, I. M. R. DOS; MELO, V. DOS S. Aspectos da infecção ocasionada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, p. 2205, 2019.

SINGHAL, T. **A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)** **Indian Journal of Pediatrics**, 2020.

TO, K. K. W. et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 5, p. 565–574, 2020.

VENTER, M.; RICHTER, K. Towards effective diagnostic assays for COVID-19 : a review. p. 1–8, 2020. **J Clin Pathol**. 2020 Jul;73(7):370-377. doi: 10.1136/jclinpath-2020-206685.

WANG, D. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 11, p. 1061–1069, 2020.

WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV). **WHO Bulletin**, n. JANUARY, p. 1–7, 2020.

WU, J. T. et al. Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 506–510, 2020.

YANG, X. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS- CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. **The Lancet Respiratory Medicine**, 2020.

ZHANG, H. et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCov infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes. **bioRxiv**, p. 2020.01.30.927806, 2020.

ZHOU, D. et al. Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: The NHANES III Linked Mortality Study. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, 2018.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054–1062, 2020.

ZOU, L. et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. **New England Journal of Medicine**, 2020.

Rastros do “novo normal”: uma cartografia do viver a pandemia

Melina Feistler, Elisandro Rodrigues

Poema *Apague os rastros*, de Bertold Brecht

Separe-se de seus amigos na estação
De manhã vá à cidade com o casaco
abotoado Procure alojamento, e quando seu
camarada bater: Não, oh, não abra a porta
Mas sim
Apague os rastros!

Se encontrar seus pais na cidade de Hamburgo ou em outro lugar
Passe por eles como um estranho, vire na esquina, não os
reconheça Abaixar sobre o rosto o chapéu que eles lhe deram
Não, oh, não mostre seu
rosto Mas sim
Apague os rastros!

Coma a carne que aí está. Não poupe.
Entre em qualquer casa quando chover, sente em qualquer cadeira
Mas não permaneça sentado. E não esqueça seu chapéu.
Estou lhe dizendo:
Apague os rastros!

O que você disser, não diga duas vezes.
Encontrando o seu pensamento em outra pessoa: negue-o.
Quem não escreveu sua assinatura, quem não deixou
retrato Quem não estava presente, quem nada falou
Como poderão
apanhá-lo?
Apague os
rastros!

Cuide, quando pensar em morrer
Para que não haja sepultura revelando onde
jaz Com uma clara inscrição a lhe denunciar
E o ano de sua morte a lhe
entregar
Mais uma vez:
Apague os
rastros! (Assim
me foi
ensinado.)

(BRECHT, 2000, p. 57-58)

Resumo

Esta escrita aborda o processo e o resultado da produção de um material audiovisual sobre a vivência da residência e o acompanhamento de uma usuária da Unidade de Saúde (US) durante a pandemia da covid-19. O material foi captado durante o ano de 2021 pela residente do Programa de Saúde da Família durante o período de vivência em uma US. O vídeo traz, através de rastros (conceito usado a partir de Walter Benjamin em *Experiência e Pobreza*) coletados pela residente, reflexões sobre o lugar dos acompanhamentos de saúde na vida dos usuários e como nós profissionais da saúde somos afetados pelos outros.

Palavras-chave: audiovisual; Programa Saúde da Família; rastros; pandemia.

Introdução

Neste momento de pandemia da covid-19, como residente de psicologia do Programa de Saúde da Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde (APS), tenho acompanhado os impactos de tal doença na vida das famílias do nosso território. Principalmente, por causa da quarentena que tal doença exige, temos escutado dos usuários uma intensificação da angústia em relação à doença, ao isolamento, a maior proximidade com a morte. Nessas escutas na Unidade de Saúde surgem questões: qual o lugar e a constituição da família na sociedade moderna? O que a quarentena e o isolamento produzem na comunidade? Qual esse outro território existencial criado pela pandemia, no qual as virtualidades se intensificam? Qual lugar a Unidade de Saúde ocupa no seu território?

À medida que a pandemia avança sobre o globo, como ondas que descem e sobem, modeladas em curvas e gráficos, refletem-se as racionalidades de governos que tentam impor novas normatividades. Alguns países têm chamado especial atenção por terem persistido com uma política de negação ou minimização da pandemia atualizando o negacionismo como estratégia necropolítica, especialmente nas américas onde o racismo é marcador territorial e de desigualdade social (Souza, 2020, s/p).

Ademais, pudemos observar os que os modos de se relacionar com o território, com a cidade e até mesmo com a Unidade de Saúde foram mudando. Em nossa Unidade, fomos passando por diversas mudanças na organização do trabalho, do espaço, dos fluxos e até mesmo da presença dos profissionais.

A pandemia coloca em questão, de forma radical, as noções de espaço e território de cada pessoa, família, coletivo, estudante, trabalhador, morador; ou seja, das muitas formas de existir na cidade. A rua – metáfora e principal palco do espaço público – pode ser tomada como fundamental plano de subjetivação pela via da alteridade e, agora, divide o seu protagonismo com outros meios e espaços (Noguez, 2020 p. 6).

Além disso, observo o quanto a vivência da residência durante esse momento se tornou singular. Nossas aulas sendo remotas, os teleatendimentos sendo a principal prática no campo, a preocupação com máscaras, aventais, álcool gel e escudo facial se tornou norma.

Benjamin em *Experiência e Pobreza* (1933) nos fala sobre nossa pobreza de experiência e como estamos cada vez mais priorizando a falta de rastro. Podemos entender os rastros como partes que ficam de uma vivência e que podem ser produtores de experiência e conhecimento. É através do rastro que podemos saber que um ser existiu e passou por tal lugar.

Em nosso contexto, penso sobre o vírus com que estamos lidando e como sua invisibilidade de rastros é o seu maior perigo, e para podermos preveni-lo temos que também apagar qualquer tipo de rastros outros em nós. Ao mesmo tempo, o acompanhamento de saúde que fazemos na APS exige que possamos ser tocados pela vivência dos usuários, que possamos coletar um pouco dos rastros que as pessoas vão deixando pela vida.

O sentimento de desamparo, medo das incertezas trazidas por esse vírus – sobre nosso futuro, nosso modo de viver – parece, então, relacionar-se com as nossas faltas de narrativas coletivas dos traumas passados pela humanidade. Ainda, nesse sentido, nas redes sociais podemos ver a quantidade de rastros deixados pelo tédio trazido pela quarentena. Rastros da vida cotidiana. Entre esses paradoxos estamos, nas nossas Unidades de Saúde, buscando criar nosso lugar de prática.

Para isso, Benjamin (1933) nos dá uma pista da necessidade de criarmos estratégias coletivas, entendermos a importância da experiência na coletividade para a criação de sentidos de viver. O contexto em que estamos vivendo e que estamos começando nossas práticas na residência tem sido muito singular. As nossas vivências podem nos deixar sem palavras, sem saber como gerar algo do que estamos vivendo.

Assim, esse projeto faz uma cartografia do vivido a partir desse lugar de residente de psicologia no Programa da Saúde da Família e Comunidade, acompanhando os processos de estabelecimento do “novo normal” e das estratégias para as práticas no campo, durante a pandemia do vírus da covid-19, juntamente com os rastros e trechos de um acompanhamento em saúde possível durante esse momento.

Quando trago ao pensamento os momentos e as pessoas que me tocaram durante esse período lembro de Maria Ana (nome fictício para preservar a identidade da usuária). Uma moradora da comunidade, vinculada à Unidade de Saúde desde 1998. A pedido do médico de sua área de referência de que alguém da psicologia pudesse acompanhá-la, passei a escutá-la.

Maria Ana tem 81 anos. Vive há 13 anos na casa de João, que era seu vizinho da frente, pois não possui familiares vivos. Maria Ana teve experiências diversas de trabalho, o que conta como um momento de muita atividade em sua vida.

Perdeu sua filha em um homicídio violento. Passou a necessitar de maiores cuidados

após o falecimento da filha, tendo sido cuidada por outras pessoas, de quem foi roubada. Tem sua casa, que construiu em território ocupado no momento em que a comunidade onde vive se criou. Há cerca de 13 anos, João e sua família assumiram os cuidados de Maria Ana.

Esse acompanhamento foi marcado pela dificuldade em poder estar mais próximo durante a pandemia e o risco de nos infectar por aquilo que vem do outro. Diante dessa perspectiva, a partir do contato com a comunidade e entendendo que “pesquisar é se entrelaçar por entre vários personagens da história que a pesquisa conta” (Machado, Almeida, Santos, 2013, p. 28), decido fazer um material audiovisual narrando um recorte deste momento e da história de um acompanhamento de uma usuária do território durante este período de pandemia. Esse material aborda como nosso trabalho também faz parte da produção de vida e qual o lugar da saúde e da psicologia em uma Equipe de Saúde da Família.

Justificativa das escolhas

Como metodologia foram usados conceitos da cartografia que entende pesquisa como um meio de acompanhar processos. Passos, Kastrup e Escóssia (2009) afirmam:

A formação do cartógrafo é como um aprendizado da própria atenção ao presente vivo que é suscitada pela experiência da pesquisa, que assume aqui uma dimensão estética - estética porque diz respeito aos processos de criação da realidade. Ora, a atenção é como um músculo que, pelo exercício, produz regimes atencionais distintos e variados. Muitas vezes impera nas subjetividades a atenção recognitiva, mobilizada por interesses prévios e expectativas do pesquisador. O desafio é suspender sua hegemonia, em favor da atenção ao presente vivo das forças do território da pesquisa. Às vezes difícil no início, a atenção cartográfica vem a se tornar mais facilmente atualizada com a prática continuada, constituindo uma atitude cognitiva que cria condições atencionais mais propícias à prática da cartografia (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009, p. 201).

Ao acompanhar uma determinada realidade em processo, vamos afetando e também sendo afetados. Ao *experimentar* modos de existência, conexões vão produzindo linhas, lastros, capazes de desenhar paisagens, mapas, redes, não de uma realidade estática, mas de uma realidade sempre em construção. Para essa experimentação é preciso *habitar* um território existencial, promover um plano compartilhado, que se constitui a partir de uma confiança na experiência, capaz de ampliar a potência de agir.

Jota Mombaça, em seu texto *Rastros de uma submetodologia indisciplinada* (2016), propõe um método de pesquisa aberto às errâncias da pesquisa e da criação, cujo “produto é inteiramente dependente das vicissitudes do processo e da alternância dos criadores” (p. 343). Mombaça parte da teoria de Renato Cohen (1999) em sua tese *Work in Progress na Cena Contemporânea*, que usa como estratégia de criação a “dinamicidade de sistemas” de forma de *leitmotiv*.

Originário da música e da literatura, o termo *leitmotiv* é usualmente traduzido como “vetor”, mas pode também ser compreendido como “linha-de-força”. Essa dinâmica de estruturação permite articulações em rede onde elementos díspares, simultaneamente, compõe (no caso de Cohen) uma partitura cênica na forma de *storyboard*; mas aqui, ativado como estratégia de investigação teórica, o uso de *leitmotiv* visou tecer uma trajetória conceitual dinâmica, que poderia ou não ter-se tornado um produto teórico consolidado. Aceitar esse risco próprio ao processo de criação teórica é reconhecer, no limite, que *leitmotiv* é rastro num mapa de errâncias. (Mombaça, 2016, p. 343)

O material foi produzido em formato de vídeo para que haja maior facilidade em repercuti-lo. Também vinculando a própria ideia do projeto que é poder coletar pequenas imagens e pedaços dessa pandemia e da história que acompanho, o vídeo foi escolhido como modo de anexar essas imagens e recortes da vida com a narrativa que pude produzir.

Ouvimos histórias, registramos como a vida se tece no contemporâneo, recolhemos intensidades. Deste modo o trabalho nos forçou a inventar modos de narrar as vidas com as quais encontramos. Há aqui uma aposta política na potência da imagem como dispositivo de pesquisa ao funcionar agenciando encontros, narrando histórias inconclusas dos corpos que neles se produzem, abrindo passagem para afetos que desmancham formas embrutecidas do viver (Machado, Almeida, Santos, 2013, p. 28).

Trago o conceito de biografema de Barthes, que é usado para escritas de biografias, para auxiliar na construção narrativa em vídeo desses rastros colhidos. O biografema

É tudo aquilo que é passível de ser lido e faz aparecer os acontecimentos, as hesitações, os solavancos, as descontinuidades, os encontros e desencontros, e não apenas traçar um roteiro duro e didático sobre o que é vivido por uma pessoa. Não é emaranhar datas e feitos, pois isto submeteria a vida à cronopolítica vigente, é narrar aquilo que escapa, é ativar a potência do ínfimo em uma história. O biografema trata de um corpo impessoal e não se atém apenas ao vivido, porque acredita que uma vida é feita de espaços vazios, de lacunas a serem preenchidas por fabulações (Machado, Almeida, Santos, 2013, p. 30).

Na produção do vídeo, busco essas miradas para poder criar sentidos através da junção de pequenos fragmentos de vidas que coletei. Segundo Costa (2010), biografema estaria relacionado com a fragmentação do sujeito, com na escrita poder ser ator na história e não testemunha da vida do outro

Assim sendo, não pretendo com o material de vídeo colher os fatos da pandemia ou da vida de Maria tal como transcorreram, sem deixar nenhum furo dessa história. Ao contrário, este material é um meio de reflexão e de compartilhamento destes anos de pandemia, do modo como pudemos produzir cuidado e saúde neste momento.

Podendo criar, então, esta pequena ilha que é um momento pandemia-residência-saúde-vida-Maria-melina. O material produzido é reverberação de como este momento passou por mim.

Produzir uma narrativa da pandemia, dos modos de viver o isolamento, de produzir práticas de cuidados, de fazer uma residência multiprofissional em um programa de saúde da família e comunidade durante este momento e, principalmente, narrar a história de Maria permitiu produzir uma marca dos últimos momentos de vida que pude acompanhar dela.

O projeto teve como objetivo a produção de material audiovisual com imagens, entrevistas e reflexões sobre o que foi se modificando na cidade, na saúde, na educação, na comunidade e na residência, criando sentidos para os afetos que surgem da pandemia e para as mudanças dos modos como nos relacionamos, articulando com um recorte da vida de Maria.

Resultados

Trago o vídeo como resultado desse processo. Foram 5 meses de acompanhamento. Fui visitar Maria diversas vezes, fomos a conhecendo entre conversas, consultas, prontuários, receitas, olhares. Maria Ana fez marca em mim, e a junção desses rastros e restos que ficaram dela na Unidade é o material que uso para transmitir um pouco de um respiro de sua vida.

Após o processo de captação e edição de imagens, juntamente com o processo de gravação da narração, foi feita a apresentação pública do material, e a partir do retorno obtido pelas pessoas que assistiram, foram feitas alterações.

As imagens captadas trazem uma mistura entre a minha vivência e a de Maria.

Imagem 1: Título e recortes que remetem aos fragmentos que coletei no vídeo.

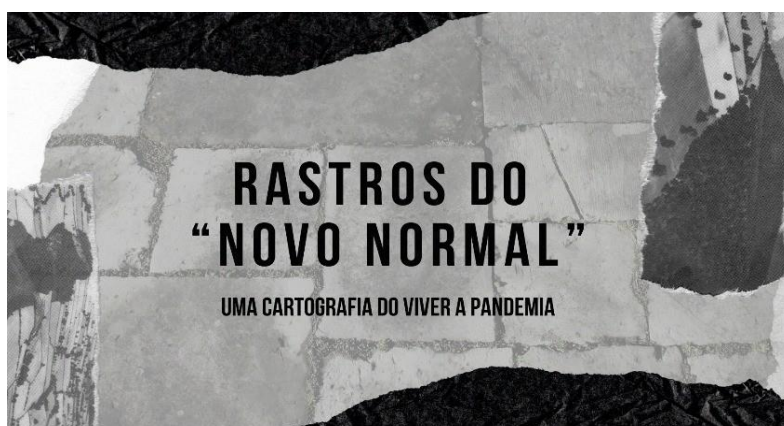


Imagem 2: Sala de enfermagem. Primeiro espaço em que vejo Maria na Unidade de Saúde.



Imagem 3: Piso e poça da Unidade de Saúde após chuvas. O território da US tem a característica de alagar bastante.



Imagem 4: Mensagem que aparece no Prontuário Eletrônico do Paciente após seu óbito.

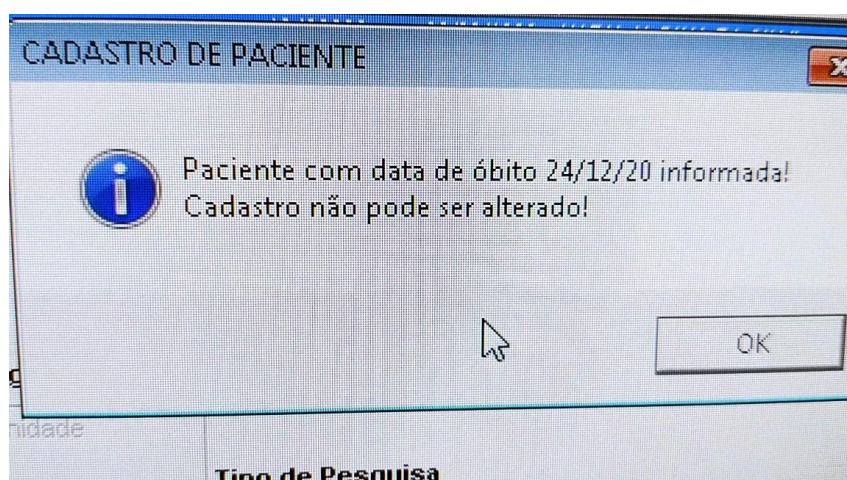


Imagem 5: Cama vazia na casa de Maria.

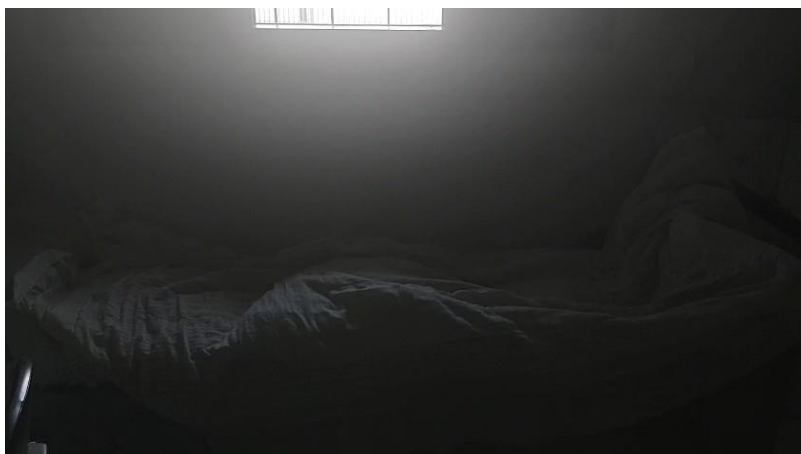


Imagem 6: Mãos sendo lavadas.



Imagem 7: Sofá de Maria com sacolas (únicas coisas que sobraram dela).



Considerações finais

Esse vídeo foi a materialização do processo de reflexão sobre a vivência da pandemia e da residência neste momento. O modo como nossas vidas foram reorganizadas e o medo da contaminação e da morte fizeram com que estivéssemos isolados, afastados uns dos outros. Contudo, a práxis da saúde que fazemos na APS demanda que estejamos abertos a nos afetar ou a nos deixar “marcar” pelos os usuários e colegas de trabalho.

Deste modo, produzi esse material sobre o que pude coletar de rastros desses afetos neste momento. Por isso, trago a história do acompanhamento de Maria que muito me marcou. Compartilhar essas memórias-rastros foi uma maneira de transmitir um pouco desse cuidado e um pouco da vida de Maria.

Referências

- BENJAMIN, Walter. **Experiência e pobreza** (1933). Obras escolhidas, ensaios sobre literatura e história da cultura, v. 1, p. 123-129, 1994.
- BRECHT, Bertolt. **Poemas**: 1913-1956. 5. ed. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- COHEN, Renato. **Work in Progress na Cena Contemporânea**. São Paulo: Perspectiva, 1999
- COSTA, Luciano Bedin da. **Biografema como estratégia biográfica**: escrever uma vida com Nietzsche, Deleuze, Barthes e Henry Miller. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2010.
- KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana; PASSOS, Eduardo. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.
- MACHADO, Leila Domingues; ALMEIDA, Laura Paste de; SANTOS, João José Gomes dos. Sobre fazer ver uma vida. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 3, n. 1, p. 26, jul. 2013. ISSN 2238-152X. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.37763>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/37763/26509>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- MOMBAÇA, Jota. Rastros de uma submetodologia indisciplinada. **Revista Concinnitas**, v.1, n. 28, p. 334-354, 2016.
- SOUZA, Tadeu de Paula. **Exus e xapiris**: perspectiva améfricana e pandemia. SériePandemia. São Paulo: n-1 edições, 2020.

Adequação nutricional nos primeiros dez dias de internação de pacientes com covid-19 não prediz longa permanência e mortalidade em Unidade de Terapia Intensiva

Nicole Schneider, Danieli Santer, Yasmim Sena Silva de Carvalho, Renata Vieira, Flávia Moraes, Débora Luiza Franken, Jaqueline da Silva Fink

Resumo

Introdução e objetivos: A terapia nutricional adequada é capaz de atenuar os efeitos do catabolismo, minimizar a depleção de massa muscular e favorecer os desfechos de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este estudo avaliou a oferta calórica e proteica em pacientes com covid-19 durante os dez primeiros dias de internação na UTI e sua associação com desfechos clínicos. **Métodos:** Estudo de coorte exploratório com coleta de dados retrospectiva, realizado com pacientes adultos com covid-19 que receberam nutrição enteral (NE), internados na UTI entre março e setembro de 2020. Foi calculada a adequação calórica e proteica comparando o aporte calórico e proteico infundido com o recomendado. Os desfechos avaliados foram mortalidade e tempo de internação na UTI. **Resultados:** Foram incluídos 206 pacientes ($61,7 \pm 13,29$ anos, 57,3% homens). A adequação calórica e proteica média foi superior a 70% no terceiro e no quinto dia após início da NE, atingindo mais de 100% de adequação proteica no décimo dia. Adequação calórica e proteica não diferiu entre sobreviventes e não sobreviventes e entre aqueles com maior e menor tempo de internação na UTI durante o período avaliado ($P > 0,05$ em todas as análises). **Conclusão:** A elevada adequação calórica e proteica evidenciada nos primeiros dias de internação na UTI aponta que pacientes com covid-19 apresentaram boa tolerância à NE. Nessa amostra de pacientes o aporte nutricional não foi preditor de mortalidade e tempo de internação na UTI.

Palavras-chave: suporte nutricional, cuidado crítico, covid-19.

Relevância Clínica

A nutrição desempenha papel importante na recuperação de pacientes críticos, visto que colabora para atenuar a perda de massa muscular e a desnutrição. A elucidação da influência do aporte nutricional na evolução de pacientes críticos com covid-19 pode auxiliar a otimizar o tratamento desses doentes. No entanto, o presente estudo demonstrou que a elevada adequação calórica e proteica às recomendações durante os primeiros dez dias de internação de pacientes com covid-19 na UTI não é preditora de piores desfechos nesse grupo de pacientes, como já descrito na literatura para pacientes críticos sem covid-19.

Introdução

Ao final do ano de 2019, em Wuhan, na China, um grupo de pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida foi diagnosticado com um novo betacoronavírus, denominado SARS-CoV-2. A doença causada pelo SARS-CoV-2 (covid-19) se espalhou rapidamente pela China e, posteriormente, ao redor do mundo, culminando na declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e causando mais de 6 milhões de mortes (Pascarella et

al., 2020; Li et al., 2020; WHO, 2021). A covid-19 manifesta-se de formas variáveis, desde assintomática à insuficiência respiratória aguda grave, podendo levar a óbito. Os sintomas são semelhantes aos da gripe, como febre, tosse e astenia. Embora sua evolução para lesão pulmonar grave tenha sido descrita em todas as idades, pacientes considerados grupo de risco, como idosos e pessoas com multimorbidade, apresentam maior probabilidade de desenvolverem síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) seguida de falência de múltiplos órgãos, sendo estas relacionadas a altas taxas de mortalidade (Li et al., 2020).

A terapia nutricional de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser um desafio, uma vez que o paciente crítico apresenta um quadro de estresse metabólico acentuado e hipercatabolismo, evoluindo com importante perda de massa muscular e consequente desnutrição, sendo esta condição clínica relacionada a piores desfechos, como maior tempo de uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) e maiores taxas de infecções (Van et al., 2019; Patkova et al., 2017; Koekkoek et al., 2017; Micic et al., 2020). Por essa razão, faz-se necessário atentar para as necessidades nutricionais dos doentes críticos, visto que o aporte inadequado, tanto por superalimentação quanto por subalimentação, pode estar relacionado a piores desfechos clínicos (Rice et al., 2012; Braunschweig et al., 2015; Patkova et al., 2017; Koekkoek et al., 2017; Braunschweig et al., 2017).

Pacientes críticos com covid-19 apresentam hipercatabolismo ainda mais acentuado, frente à condição pró-inflamatória grave, além do hipermetabolismo persistente e progressivo (de Watteville et al., 2020; Lakenman et al., 2021; Whittle et al., 2020). Outro fator agravante, comum a pacientes críticos, é a dificuldade de atingir o aporte nutricional pleno na primeira semana de internação na UTI, relacionado à intolerância gastrointestinal, complicações com a sonda nasointestinal e períodos repetidos de jejum (Vallejo et al., 2017; Yahyapoor et al., 2021). Estudo conduzido por Vallejo e colaboradores (Vallejo et al., 2017), em oito países latino-americanos com 1053 pacientes críticos, demonstrou que 40% da amostra não atingiu aporte calórico adequado na primeira semana de internação na UTI e 41,6% não atingiu adequação proteica, sendo que desses pacientes, 50% recebiam dieta exclusiva por via enteral. Em pacientes com covid-19, o alcance da meta nutricional pode ser ainda mais desafiador pois, somado aos fatores citados, ainda há a utilização de propofol, constantes pausas na dieta enteral para posição prona, além de hipoxemia grave e hipercapnia (Minnelli et al., 2020). Contudo, poucos estudos com pacientes com covid-19 se propuseram a avaliar a adequacidade da terapia nutricional durante a internação na UTI.

Com base no exposto acima, acredita-se que pacientes com covid-19 não consigam atingir a meta nutricional durante os primeiros 10 dias de internação na UTI e que isso possa avaliar a oferta nutricional calórica e proteica a pacientes com covid-19 durante os 10 primeiros dias de internação na UTI e verificar sua potencial relação com desfechos clínicos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e exploratório aprovado pelo comitê de ética institucional local sob protocolo nº 4164341 e desenvolvido de acordo com os pressupostos éticos da Resolução Brasileira de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Ministério da Saúde, 2012).

A amostra do estudo foi definida por conveniência e composta por todos os pacientes adultos internados na UTI entre os meses de março e setembro do ano de 2020, com diagnóstico de covid-19. Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de covid-19 confirmado por teste RT-PCR e/ou teste rápido, que receberam dieta exclusivamente por via enteral nos primeiros 10 dias de internação na UTI. Foram excluídos pacientes sem avaliação e/ou acompanhamento nutricional durante a internação na UTI.

A coleta de dados foi realizada a partir do prontuário eletrônico dos pacientes, por duas nutricionistas previamente treinadas. As variáveis de interesse foram: idade, gênero, escore de gravidade *Sequential Organ Failure Assessment* – SOFA (Vincent et al., 1996) das primeiras 24h de internação na UTI, número de dias de internação na UTI, data de início de dieta na UTI, motivo da alta (óbito, alta para enfermagem ou transferência hospitalar) e presença de comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, asma, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, outras doenças cardíacas e neoplasias). Posteriormente, para caracterização da amostra, a idade e o escore de gravidade SOFA foram classificados conforme os pontos de corte da ferramenta de avaliação de risco nutricional *Nutrition Risk in Critically Ill - NUTRIC* (Heyland et al., 2011). O ponto de corte utilizado para multimorbidade foi a coexistência de duas ou mais doenças crônicas (WHO, 2020).

Em relação às informações nutricionais, foram coletadas: avaliações nutricionais realizadas, considerando dados de peso (kg) aferido, estimado, ajustado ou referido, altura (cm) estimada ou referida e índice de massa corpórea (IMC) (kg/m^2), sendo o estado nutricional classificado conforme valores de referência da OMS (WHO, 1995).

A necessidade calórica e proteica foi definida de acordo com o momento da internação, a partir de fórmulas de bolso recomendadas pela literatura: ≥ 10 kcal/kg e 0,5 g/kg de proteína (D1), ≥ 20 kcal/kg e 1,0 g/kg (D3) e ≥ 25 kcal/kg e 1,3 g/kg - D5 e D10 (Siger, 2021; Bedock et al., 2021). Conforme o protocolo institucional, utilizou-se o peso ajustado para cálculo das necessidades nutricionais para pacientes com $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ e peso atual para os demais pacientes. (D5) e décimo (D10) dias de internação na UTI. Para avaliação da adequação nutricional foi calculado o percentual de calorias (kcal) e proteínas (gramas) infundidas em relação às necessidades calculadas conforme descrito previamente.

Os desfechos clínicos avaliados foram tempo de internação e mortalidade na UTI.

Análise de dados

Foram calculadas as estatísticas descritivas média e desvio padrão para as variáveis quantitativas paramétricas, mediana e amplitude interquartil para as variáveis quantitativas não paramétricas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. A normalidade das variáveis foi testada por Kolmogorov-Smirnov. As ofertas calórica e proteica do D1, D3, D5 e D10 foram comparadas com as recomendações a partir do teste T de Student para amostras pareadas. O percentual de adequação calórica e proteica foi comparado entre sobreviventes e não sobreviventes, e entre pacientes agrupados de acordo com a mediana do tempo de internação na UTI, pelo teste T de Student ou Mann-Whitney. Regressão logística e regressão de Cox foram empregadas para avaliar a associação entre adequação calórica e/ou proteica e tempo de internação em UTI (TI-UTI) prolongado e óbito na UTI, respectivamente, quando a diferença evidenciada em análise bivariada apresentou valor $P < 0,20$. O modelo ajustado foi construído considerando-se o escore SOFA, idade e IMC. As análises foram conduzidas no SPSS versão 22.0 e valores de $P < 0,05$ considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Foram incluídos no estudo 206 pacientes, predominantemente do gênero masculino (57,3%) e com idade avançada (65,5% entre 50 e 75 anos), cuja média foi igual a $61,7 \pm 13,3$ anos. O peso médio da amostra foi $74,1 \pm 11,3$ kg e o IMC mediano de 29,3 (26,1 - 33,2) kg/m^2 . A maior parte da amostra (79,6%) apresentou IMC indicativo de sobrepeso ou obesidade.

As morbidades mais frequentes foram diabetes melitus (44,2%) e hipertensão arterial sistêmica (65,1%), sendo mais da metade da amostra portadora de multimorbidade (56,8%). A média do escore SOFA foi igual a $10,02 \pm 2,84$ e 96,1% da amostra apresentou $\text{SOFA} \geq 6$. A mediana de tempo de internação na UTI foi igual a 16,0 (11,0 - 27,0) dias, sendo que a maioria dos pacientes (61,2%) permaneceu internada na UTI por período igual ou superior a duas semanas. Para a maioria dos pacientes ($n = 94$, 45,6%) foi utilizado o peso ajustado para (10,2%) e aferido ($n = 10$; 4,9%). A maioria dos pacientes (96,6%) iniciou NE nas primeiras 48h de internação na UTI (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra de pacientes com covid-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Porto Alegre, RS, Brasil, 2020. (n=206)

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	118	57,3
Idade (anos)		
< 50	38	18,5
50 - <75	135	65,5
≥ 75	33	16,0
IMC <i>baseline</i> (kg/m ²)		
< 18,5	5	2,4
18,5 – 24,9	37	18,0
25 – 29,9	73	35,4
≥ 30	91	44,2
Morbidades		
Diabetes	91	44,2
Hipertensão arterial	134	65,1
Asma	13	6,3
DPOC	30	14,6
Outras doenças cardíacas	45	21,8
DRC	32	15,5
Neoplasia	31	15,1
Multimorbidade (≥2)		
Não	89	43,2
Sim	117	56,8
SOFA		
<6	8	3,9
6 - <10	74	35,9
≥10	124	60,2
Início da terapia nutricional		
≤ 48 horas na UTI	199	96,6
> 48 horas na UTI	7	3,4
Tempo de internação na UTI		
< 14 dias	80	38,8
≥ 14 dias	126	61,2
Óbito na UTI		
Não	104	50,5
Sim	102	49,5

DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica; DRC = Doença renal crônica

A Tabela 2 apresenta as comparações entre aporte calórico e proteico infundido e recomendado, além do percentual de adequação da infusão em relação à recomendação. Podemos observar que no D3 e no D5 as médias de adequação calórica e proteica foram superiores a 70%, sendo a adequação proteica no D10 próxima a 100%. Quando considerada adequação nutricional igual ou superior a 80%, observou-se no D5 que 54,2% e 60,3% da amostra (n = 179) atingiu adequação calórica e proteica, respectivamente. No D10, esta adequação foi alcançada por 66,2% e 77,0% da amostra (n = 139).

Tabela 2. Aporte calórico e proteico infundido, recomendado e percentual de adequação nos 10 primeiros dias de internação de pacientes com covid-19 em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

	Infundido	Recomendado	P	% de adequação
Calorias D1				
kcal/dia	505,18±358,95			52,30
kcal/kg/dia	6,86±5,11	10	<0,001	(26,40- 04,38)
Proteínas D1				
g/dia	25,48±18,46			52,0
g/kg/dia	0,35±0,26	0,5	<0,001	(26,0 - 104,0)
Calorias D3				
kcal/dia	1090,20±459,49			73,03±32,05
kcal/kg/dia	14,61±6,41	20	<0,001	
Proteínas D3				
g/dia	57,28±27,01			76,26±36,63
g/kg/dia	0,76±0,37	1,0	<0,001	
Calorias D5				
kcal/dia	1447,78±439,84			78,18±23,41
kcal/kg/dia	19,55±5,85	25	<0,001	
Proteínas D5				
g/dia	85,80±33,11			88,80±33,32
g/kg/dia	1,15±0,43	1,3	<0,001	
Calorias D10				
kcal/dia	1571,75±449,86			85,06±23,75
kcal/kg/dia	21,26±5,94	25	<0,001	
Proteínas D10				
g/dia g/kg/dia	98,67±31,78			102,06±31,30
	1,33±0,40	1,3	0,439	

Teste T para amostras pareadas. D1 = 1º dia de internação na UTI; D3 = 3º dia de internação na UTI; D5 = 5º dia de internação na UTI; D10 = 10º dia de internação na UTI.

Conforme evidenciado na Tabela 3 a adequação calórica e proteica em nenhum dos dias de acompanhamento diferiu entre pacientes com TI-UTI maior ou menor do que a mediana e entre os sobreviventes e não sobreviventes.

Tabela 3. Adequação calórica e proteica (%) nos 10 primeiros dias de internação de pacientes com covid-19 em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de acordo com os desfechos clínicos avaliados.

<i>Infusão dieta x recomendação</i>	<i>Sobreviventes</i>	<i>Não sobreviventes</i>	<i>P</i>	<i>TI-UTI < 16 dias</i>	<i>TI-UTI ≥ 16 dias</i>	<i>P</i>
Adequação calórica D1	52,30 (28,25 - 98,85)	52,50 (24,33 - 129,50)	0,652 ¹	52,10 (28,30 - 101,35)	52,50 (21,70 - 115,00)	0,611 ¹
Adequação proteica D1	52,00 (28,00 - 101,00)	52,00 (24,00 - 128,00)	0,639 ¹	52,00 (28,00 - 102,00)	52,00 (20,00 - 114,00)	0,864 ¹
Adequação calórica D3	75,24±31,76	70,55±32,42	0,371 ²	74,64±31,24	71,69±32,85	0,575 ²
Adequação proteica D3	79,89±38,09	72,18±34,71	0,197 ²	76,39±34,12	76,16±38,82	0,968 ²
Adequação calórica D5	76,68±24,71	79,97±21,78	0,350 ²	76,08±22,70	79,97±23,96	0,269 ²
Adequação proteica D5	79,89±38,09	72,18±34,71	0,686 ²	83,74±31,39	93,07±34,45	0,062 ²
Adequação calórica D10	83,23±27,03	86,86±20,02	0,370 ²	90,23±21,04	82,74±24,61	0,086 ²
Adequação proteica D10	98,56±34,58	105,51±27,50	0,192 ²	105,90±29,09	100,33±32,24	0,334 ²

¹ teste Mann-Whitney. ² teste T de Student. N (sobreviventes x não sobreviventes): D1 = 48 x 40; D3 = 81 x 71; D5 = 97 x 82; D10 = 69 x 70. N (TI UTI < 16 dias x TI UTI ≥ 16 dias): D1 = 41 x 47; D3 = 69 x 83; D5 = 82 x 97; D10 = 43 x 96. D1 = 1º dia de internação na UTI; D2 = 2º dia de internação na UTI; D3 = 3º dia de internação na UTI; D5 = 5º dia de internação na UTI; D10 = 10º dia de internação na UTI. TI-UTI = tempo de internação na UTI.

A regressão de Cox não demonstrou associação significativa entre óbito na UTI e adequação proteica no D3 e D10, assim como a regressão logística não demonstrou associação significativa entre tempo de internação prolongado na UTI e adequação proteica no D5 e calórica no D10, em modelo bruto e ajustado (dados não apresentados). O poder do estudo, considerando-se a diferença evidenciada entre sobreviventes e não sobreviventes na adequação proteica do D3 e do D10, foi de 25% e 21%, respectivamente; e com base na diferença evidenciada entre pacientes agrupados pelo tempo de internação na UTI para a adequação proteica no D5 e calórica no D10 foi de 48% e 43%, respectivamente.

Discussão

Este estudo comparou a adequação entre oferta e recomendação calórica e proteica durante o período inicial de internação de pacientes críticos com covid-19 na UTI e avaliou a associação entre adequação nutricional e os desfechos mortalidade e tempo de internação na UTI. Como resultado, foi evidenciada média de adequação calórica e proteica superior a 70% no D3 e no D5, atingindo mais de 100% de adequação proteica no D10. No entanto, não foi observada associação entre adequação calórica e proteica e mortalidade na UTI em pacientes críticos com covid-19, assim como também não foi vista diferença quanto ao tempo de internação na UTI.

Há evidências na literatura de que o aporte nutricional adequado em pacientes críticos resulta em melhores desfechos clínicos, como menor tempo de internação na UTI e hospitalar, e menor incidência de infecções, tempo de VMI e mortalidade.

Desta forma, a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomenda suporte nutricional de início precoce (≤ 48 h após admissão) em pacientes internados na UTI, e nutrição hipocalórica ($< 70\%$ das necessidades energéticas estimadas), a ser alcançada progressivamente, nos três primeiros dias, sem exceder os 100% das necessidades calóricas até o sétimo dia, além de aporte proteico também progressivo (Singer et al., 2019). No nosso estudo foi observada média de adequação de acordo com o preconizado pela ESPEN, ou seja, $> 70\%$ da meta calórica (25kcal/kg) a partir do D5, e adequação proteica progressiva e próxima a 90% no D5 e a 100% no D10. Osuna Padilla e colaboradores (2021) demonstraram resultado semelhante ao avaliar tolerância à dieta enteral em 52 pacientes críticos com covid-19 durante os primeiros sete dias de internação na UTI. A adequação calórica e proteica, estipulada pelos pesquisadores como sendo $\geq 80\%$, foi atingida no quarto dia de internação na UTI, demonstrando que, apesar de eventuais intercorrências gastrointestinais e necessidade de posição prona, os pacientes conseguiram tolerar dieta enteral e receber o aporte nutricional planejado.

Com relação aos desfechos clínicos avaliados, estudos pré-pandemia realizados com pacientes críticos evidenciaram não haver associação entre adequação nutricional, especificamente na primeira semana de internação na UTI, e mortalidade ou maior tempo de internação na UTI (Couto et al., 2019; Franzosi et al., 2012; Ichimaru et al., 2014). Por outro lado, a literatura tem apontado que pacientes infectados com SARS-CoV-2 apresentam hipercatabolismo grave e mais prolongado, quando comparados a pacientes críticos sem covid-19 (Lakenman et al., 2021; Whittle et al., 2020). Por esta razão, a hipótese do presente estudo foi de que haveria associação entre a adequação calórica e proteica nos primeiros 10 dias de internação na UTI e maior tempo de internação na UTI, assim como poderia haver diferença

entre sobreviventes e não sobreviventes. No entanto, os achados não suportaram a hipótese previamente estabelecida.

Ao contrário dos nossos achados, Cereda e colaboradores (2022) foram pioneiros ao demonstrar associação entre adequação nutricional nos dias iniciais de internação na UTI e menor mortalidade na UTI em 222 pacientes críticos em VMI, durante a primeira onda de covid-19 na Itália: pacientes que receberam aporte nutricional menor do que 80% das suas necessidades nutricionais no quarto dia de internação na UTI tiveram maior risco de morte em comparação com aqueles que receberam aporte nutricional considerado adequado ($\geq 80\%$ das necessidades). Vale notar que, em relação ao presente estudo, quando considerada adequação nutricional igual ou superior a 80%, Cereda e colaboradores encontraram percentual maior de pacientes que alcançaram adequação calórica (65,2% [D4] versus 54,2% [D5]), e menor de pacientes que conseguiram atingir adequação proteica (36,4% [D4] e 46,6% [D7] versus 60,3% [D5]). Ainda, a amostra de Cereda e colaboradores era maior (222 pacientes) e menos grave (66,7% dos pacientes com $\text{SOFA} \leq 8$). Essa diferença na gravidade pode justificar o maior alcance das metas calóricas, por parte de Cereda e colaboradores, visto que uma amostra menos grave tende a apresentar menos intercorrências e possibilitar progressões de dieta com maior facilidade. Portanto, esses fatores possivelmente colaboraram para as divergências entre os resultados encontrados nos dois estudos. Outro estudo, realizado no Irã, que incluiu 126 pacientes críticos com covid-19, mostrou que a adequação calórica e proteica na fase aguda, considerada nos primeiros cinco dias na UTI, esteve associada à maior sobrevida na UTI e menor mortalidade hospitalar (Hajimohammadebrahim-Ketabforoush et al., 2021). Todavia, a adequação calórica e proteica atingida no D5 foi menor, quando comparada a este estudo, sendo de 57% e 46% em sobreviventes, respectivamente, e 42% e 50% em não sobreviventes, enquanto que no presente estudo a adequação calórica foi de 76,68% e 79,97% e proteica de 79,89% e 72,18% em sobreviventes e não sobreviventes, respectivamente. Ainda, no estudo de Hajimohammadebrahim e colaboradores, houve diferença estatisticamente significativa da adequação nutricional entre sobreviventes e não sobreviventes no D5 ($P = 0,02$ para adequação calórica e $P = 0,015$ para adequação proteica), ao contrário do resultado apresentado neste estudo ($P = 0,269$ para adequação calórica e $P = 0,062$ para adequação proteica). Estes fatores podem ter contribuído para a diferença entre os resultados encontrados no D5. No entanto, no D10, Hajimohammadebrahim e colaboradores também não observaram associação entre adequação calórica e proteica e mortalidade na UTI em pacientes críticos com covid-19, o que corrobora o resultado deste estudo.

Uma das limitações do presente estudo é a amostra de conveniência, a qual não apresentou poder suficiente para identificar diferença significativa na adequação proteica entre sobreviventes e não sobreviventes e pacientes agrupados de acordo com o tempo de

internação na UTI. Contudo, cabe salientar que a diferença encontrada no percentual de adequação calórica e proteica entre os grupos em comparação foi em sua maioria inferior a 10%. Portanto, mesmo que o tamanho amostral adequado fosse incluído no estudo para demonstrar diferença significativa entre os grupos, a relevância clínica dessa diferença é questionável, já que representa na prática uma diferença média de 175 calorias/dia (2,5 kcal/kg/dia) e 10 gramas de proteína/dia (0,14g/kg/dia), considerando-se um paciente de 70 kg e uma oferta de 25 kcal/kg e 1,5g/kg/dia de proteína. Ademais, a partir do terceiro dia de internação na UTI os pacientes apresentaram percentual de adequação calórica e proteica médios superiores a 70%, o que já foi demonstrado como não sendo prejudicial aos pacientes em estudos que avaliam o efeito da nutrição enteral permissiva em UTI (Arabi et al., 2015; Patel et al., 2018; Aljada et al., 2019; Arabi et al., 2017). Como pontos fortes, o estudo evidenciou elevada adequação nutricional, em termos de calorias e proteínas, em pacientes críticos com covid-19. Ainda, a avaliação da adequabilidade calórica e proteica dessa população em diferentes dias, durante os 10 primeiros dias de internação na UTI, até o presente momento, foi realizada apenas por um número limitado de estudos.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que a elevada adequação calórica e proteica às recomendações durante os primeiros dez dias de internação de pacientes com covid-19 na UTI não é preditora de piores desfechos nesse grupo de pacientes, como já descrito na literatura para pacientes críticos sem covid-19. Entretanto, os estudos nesta temática em pacientes críticos com covid-19 ainda são escassos e pouco representativos, motivo pelo qual são necessárias mais investigações.

Referências

- ARABI YM, ALDAWOOD AS, AL-DORZI HM, et al. Permissive underfeeding or standard enteral feeding in high- and low-nutritional-risk critically ill adults. **Am J Respir Crit Care Med.** 2017;195(5):652- 662. doi:10.1164/rccm.201605-1012OC
- BEDOCK D, COUFFIGNAL J, BEL LASSEN P, et al. Evolution of nutritional status after early nutritional management in covid-19 hospitalized patients. **Nutrients.** 2021;13(7). doi:10.3390/nu13072276
- BRAUNSCHWEIG CA, SHEEAN PM, PETERSON SJ, et al. Intensive nutrition in acute lung injury: A clinical trial (INTACT). **J Parenter Enter Nutr.** 2015;39(1):13-20. doi:10.1177/0148607114528541
- BRAUNSCHWEIG CL, FREELS S, SHEEAN PM, et al. Role of timing and dose of energy received in patients with acute lung injury on mortality in the Intensive Nutrition in Acute Lung Injury Trial (INTACT): A post hoc analysis. **Am J Clin Nutr.** 2017;105(2):411-416.

doi:10.3945/ajcn.116.140764

CEREDA E, GUZZARDELLA A, KLERSY C, et al. Early caloric deficit is associated with a higher risk of death in invasive ventilated COVID-19 patients. **Clin Nutr**. Published online March 2021. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.020

COUTO CFL, DARIANO Â, TEXEIRA C, DA SILVA CH, TORBES AB, FRIEDMAN G. Adequacy of enteral nutritional support in intensive care units does not affect the short- And long-term prognosis of mechanically ventilated patients: A pilot study. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2019;31(1):34-38. doi:10.5935/0103-507X.20190004

DE WATTEVILLE A, GENTON L, BARCELOS GK, PUGIN J, PICHARD C, HEIDEGGER CP. Easy-to-prescribe nutrition support in the intensive care in the era of COVID-19. **Clin Nutr ESPEN**. 2020;39:74-78. doi:10.1016/j.clnesp. 2020.07.015

FRANZOSI OS, LACERDA DE OLIVEIRA ABRAHÃO C, LOSS SH, et al. **Aporte nutricional e desfechos em pacientes críticos no final da primeira semana na Unidade de Terapia Intensiva** Os objetivos da Terapia Nutricional (TN), Nos Pacientes Críticos, Incluem Fornecer. Vol 24.; 2012.

HAJIMOHAMMADEBRAHIM-KETABFOROUSH M, VAHDAT SHARIATPANAH Z, VAHDAT SHARIATPANAH M, SHAHBAZI E, SHAHBAZI S. Protein and Energy Intake Assessment and Their Association With In- Hospital Mortality in Critically Ill COVID-19 Patients: A Prospective Cohort Study. **Front Nutr**. 2021;8. doi:10.3389/fnut.2021.708271

HEYLAND DK, DHALIWAL R, JIANG X, DAY AG. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of a novel risk assessment tool. **Crit Care**. 2011;15(6). doi:10.1186/cc10546

ICHIMARU S, FUJIWARA H, AMAGAI T, ATSUMI T. Low energy intake during the first week in an emergency intensive care unit is associated with reduced duration of mechanical ventilation in critically ill, underweight patients: A single-center retrospective chart review. **Nutr Clin Pract**. 2014;29(3):368-379. doi:10.1177/0884533614529162

KOEKKOEK KWAC, VAN ZANTEN ARH. Nutrition in the critically ill patient. **Curr Opin Anaesthesiol**. 2017;30(2):178-185. doi:10.1097/ACO.0000000000000441

LAKENMAN PLM, VAN DER HOVEN B, SCHUIJS JM, et al. Energy expenditure and feeding practices and tolerance during the acute and late phase of critically ill COVID-19 patients. **Clin Nutr ESPEN**. 2021;43:383-389. doi:10.1016/j.clnesp. 2021.03.019

LI L, LI R, WU Z, et al. Therapeutic strategies for critically ill patients with COVID-19. **Ann Intensive Care**. 2020;10(1). doi:10.1186/s13613-020-00661-z

MICIC D, WALL E, SEMRAD C. Nutrition Support in the ICU-A Refresher in the Era of COVID-19. **Am J Gastroenterol**. 2020;115(9):1367-1370. doi:10.14309/ajg.0000000000000761

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**; 2012.

MINNELLI N, GIBBS L, LARRIVEE J, SAHU KK. Challenges of Maintaining Optimal Nutrition Status in COVID-19 Patients in Intensive Care Settings. **J Parenter Enter Nutr**. 2020;44(8):1439-1446. doi:10.1002/jpen.1996

- ORGANIZATION WH. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 21 December 2021. [www.who.int](https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-21-december-2021). Published 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-21-december-2021>
- OSUNA-PADILHA, Iván; RODRÍGUEZ-MOGUEL, Nadia Carolina, AGUILAR-VARGAS, Adriana; RODRÍGUEZ-LLAMAZARES, Sebastián. Safety and tolerance of enteral nutrition in COVID-19 critically ill patients, a retrospective study. **Clin Nutr ESPEN**. 2021;43:495-500.
- PASCARELLA G, STRUMIA A, PILIEGO C, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. **J Intern Med**. 2020;288(2):192-206. doi:10.1111/joim.13091
- PATKOVA A, JOSKOVA V, HAVEL E, et al. Energy, protein, carbohydrate, and lipid intakes and their effects on morbidity and mortality in critically ill adult patients: A systematic review. **Adv Nutr**. 2017;8(4):624-634. doi:10.3945/an.117.015172
- PHYSICAL STATUS: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **World Heal Organ Tech Rep Ser**. 1995;854(1):452.
- RICE TW, WHEELER AP, THOMPSON BT, et al. Initial trophic vs full enteral feeding in patients with acute lung injury: The EDEN randomized trial. **JAMA - J Am Med Assoc**. 2012;307(8):795-803. doi:10.1001/jama.2012.137
- SINGER P, BLASER AR, BERGER MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. **Clin Nutr**. 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037
- SINGER P. Nutritional and metabolic management of COVID-19 intensive care patients. **J IntensiveMed**. 2021;1(1):31-34. doi:10.1016/j.jointm.2021.01.004
- VALLEJO KP, MARTÍNEZ CM, MATOS ADAMES AA, et al. Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: A multinational observational study. **Crit Care**. 2017;21(1). doi:10.1186/s13054-017-1805-z
- VAN ZANTEN ARH, DE WAELE E, WISCHMEYER PE. Nutrition therapy and critical illness: Practical guidance for the icu, post-icu, and long-term convalescence phases. **Crit Care**. 2019;23(1):1-10. doi:10.1186/s13054-019-2657-5
- VINCENT JL, MORENO R, TAKALA J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. **Intensive Care Med**. 1996;22(7):707-710. doi:10.1007/BF01709751
- WHITTLE J, MOLINGER J, MACLEOD D, HAINES K, WISCHMEYER PE. Persistent hypermetabolism and longitudinal energy expenditure in critically ill patients with COVID-19. **Crit Care**. 2020;24(1). doi:10.1186/s13054-020-03286-7
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multimorbidity: Technical series on safer primary care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf>. doi:10.1097/01.NURSE.0000524761.58624.1f
- YAHYAPOOR F, DEHNAVI Z, ASKARI G, et al. The prevalence and possible causes of enteral tube feeding intolerance in critically ill patients: A cross-sectional study. **J Res Med Sci**. 2021;26(60). doi:10.4103/jrms.JRMS

ICU Mobility Scale como preditor de mortalidade hospitalar em pacientes com diagnóstico de coronavírus (covid-19), submetidos à ventilação mecânica invasiva na Unidade de Terapia Intensiva

Daiane Barbosa Gonçalves Piazero, Alessandra Preisig Werlang, Michelle Carneiro Teixeira

Resumo

Objetivo: Avaliar o grau de mobilidade em paciente covid-19 submetido à ventilação mecânica invasiva no pós-extubação e alta da Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional. **Resultados:** 440 pacientes covid-19 participaram do estudo, 241 (55%) eram do sexo masculino e 199 (45%), do sexo feminino, com idade média de 54 ± 14.4 anos. A mediana do escore de mobilidade pós extubação foi 2 (1-3) e na alta da UTI, 4 (3-5). A mediana do intervalo entre a primeira e a segunda medidas foi de 2 dias (1-6). Houve aumento de 2.1 ± 1.9 na escala de mobilidade desde a extubação (ou início dos períodos de respiração espontânea em pacientes traqueostomizados) para 3.91 até a alta da UTI ($p=0.001$). Houve correlação inversa entre tempo em VM até a primeira extubação com o grau de mobilidade, tanto na primeira medida ($R=-0.24$) quanto no dia da alta da UTI ($R=-0.31$). O escore de mobilidade da alta da UTI nos pacientes sobreviventes foi maior quando comparado aos pacientes que foram a óbito no hospital: $IMS=04$ (3-5) versus $IMS=02$ (1-4), respectivamente ($p>0.05$). **Conclusão:** Escores de mobilidade inferior a 02 foram correlacionados com maior tempo em ventilação mecânica invasiva, necessidade de traqueostomia, maior tempo de hospitalização e óbito. Foi observado que para cada aumento de 01 ponto na escala de mobilidade na primeira e na segunda medidas na UTI, a chance de óbito hospitalar diminui em 24% e 35%, respectivamente.

Palavras-chave: mobilidade, covid-19, ventilação mecânica invasiva, mortalidade.

Introdução

A covid-19 foi descoberta em Wuhan, na China, no final de 2019, tornando-se uma pandemia em março de 2020. A doença é transmitida por inalação ou contato com gotículas infectadas e o período de incubação varia de 2 a 14 dias (Singhal, 2020), além de contato com superfícies contaminadas. Os sintomas geralmente são febre, tosse, dor de garganta, falta de ar, fadiga, mal-estar, entre outros. A doença é leve na maioria das pessoas; em alguns (geralmente idosos e com comorbidades), pode evoluir para pneumonia e disfunção de múltiplos órgãos (Pascarella, 2020).

Pacientes que apresentam a forma grave da covid-19 também podem apresentar hipoxemia severa e desenvolver Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), necessitando de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ventilação mecânica invasiva (VMI), sedação profunda, uso de bloqueadores neuromusculares, drogas vasoativas e imobilidade (Chen et al., 2020; Zhou, et al., 2020; Ozkeskin, 2020). Esses são fatores que podem levar à Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FAUTI) e consequente perda de mobilidade e funcionalidade, como já observado em pacientes críticos sem o diagnóstico de covid-19, associados ao aumento no tempo de internação e mortalidade hospitalar (McLafferty

et al., 2020; Kawaguchi & Nawa, 2016; Hermans, 2015). Nossa hipótese é de que níveis mais baixos de mobilidade na UTI em pacientes com covid-19 submetidos à VMI estejam associados a pior prognóstico.

Objetivos

Os objetivos do presente estudo foram: 1) identificar o grau de mobilidade nos pacientes com diagnóstico de covid-19, que foram submetidos à ventilação mecânica na UTI; 2) comparar o grau de mobilidade quando iniciaram a mobilização na UTI com o dia da alta da UTI; 3) relacionar o nível de mobilidade com o tempo em VMI, falha de extubação, tempo de internação na UTI e hospitalar, readmissão na UTI, necessidade de traqueostomia e mortalidade hospitalar.

Metodologia

Foi realizado um estudo retrospectivo observacional, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, específica para atendimento aos pacientes de isolamento respiratório por covid-19, no período de julho de 2020 a julho de 2021, o qual foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CAAE: 27562720.6.0000.5530). Devido à natureza retrospectiva do estudo, a necessidade de consentimento informado foi dispensada.

Foram incluídos pacientes adultos, com 18 anos ou mais, que internaram na UTI com diagnóstico de covid-19 confirmado por *reverse-transcriptase polymerase chain reaction* (RT-PCR) e/ou teste rápido para SARS-CoV-2 e que foram submetidos à ventilação mecânica por mais de 24 horas. Os indivíduos com doenças neuromusculares degenerativas, acamados prévios ou com doenças em fase terminal, não foram incluídos neste estudo.

Foram excluídos os pacientes que foram a óbito antes de qualquer medida de mobilidade, indivíduos com déficit cognitivo ou incapacidade prévia de compreensão dos comandos, assim como os pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) ou que necessitaram de algum tipo de amputação de membro inferior no período de internação hospitalar.

Todos os dados foram extraídos dos registros realizados no sistema, como rotina da UTI. Para análise, foram coletados os dados demográficos, motivo de internação hospitalar, comorbidades, *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPSIII) e *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) da internação na UTI, uso de sedação contínua, vasopressores e bloqueadores neuromusculares, tempo em VM até a primeira extubação, tempo total em VM, falha de extubação em 48 e 72 horas, necessidade de reintubação no período de internação,

necessidade de traqueostomia, readmissão na UTI, tempo de internação e mortalidade na UTI e hospitalar.

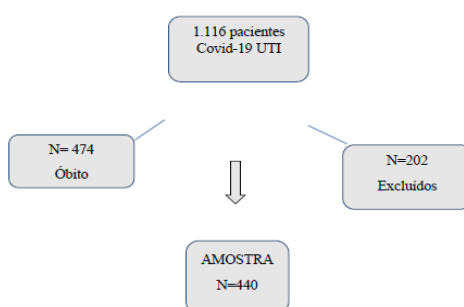
Medida do nível de mobilidade na UTI: A medida do grau de mobilidade na UTI é rotina do serviço de Fisioterapia e foi registrada através da *ICU Mobility Scale* (IMS), em dois momentos: 1) no dia da extubação (turno seguinte) ou no dia do início dos períodos de respiração espontânea, em pacientes que foram submetidos à traqueostomia sem nenhuma extubação prévia; 2) no dia da alta da UTI.

A IMS é uma ferramenta de fácil aplicação que foi traduzida e validada para uso no Brasil em 2016. Possui pontuação que varia de 0 a 10, em um único domínio, sendo que a pontuação zero representa baixa mobilidade (quando são realizadas apenas mobilizações passivas no leito) e a pontuação 10, que expressa alta mobilidade - paciente é capaz de deambular de forma independente, sem auxílio (Kawaguchi & Nawa, 2016)..

Análise Estatística: As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram representadas pela média e desvio-padrão ou pela mediana e intervalo interquartil (25%;75%). A aderência à distribuição Normal das variáveis numéricas foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para comparar as médias, foi utilizado o teste T-Student para amostras independentes quando as variáveis apresentaram aderência à Normal e teste de Mann-Whitney caso contrário. Para testar as médias em relação ao antes e depois foi utilizado o teste T-Student pareado em caso de normalidade e Wilcoxon caso contrário. Para verificar a relação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson. A correlação de Spearman foi utilizada para verificar a relação entre as variáveis numéricas. Para medir a Razão de Chances, foi utilizado o modelo de regressão logística com a variável mortalidade hospitalar como dependente e IMS (primeira medida) e, depois, IMS da alta da UTI. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises estatísticas foram realizadas no SPSS v.25.0.

Resultados

Figura1



Dos 1.116 pacientes elegíveis para o estudo, 474 foram a óbito antes de despertar ou de evoluir no processo de desmame da VM; 202 foram excluídos pelos seguintes motivos: transferência para outro hospital, não houve necessidade de intubação, permanência em VM por menos de 24h, diagnóstico de AVC ou cirurgia de amputação de membro inferior nessa internação, déficit cognitivo prévio e/ou demência (com incapacidade de compreensão), pacientes em fim de vida, doença neuromuscular prévia e menores de 18 anos. Foram incluídos na análise final 440 pacientes (figura 1).

Características da amostra:

Dos 440 pacientes da amostra, 241 (55%) eram do sexo masculino e 199 (45%), do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 54 ± 14.4 anos, *SAPS III* e *SOFA* da admissão na UTI, foram: 63 ± 13.8 e 7 ± 3 , respectivamente.

Dentre as comorbidades, houve maior prevalência de HAS (53.2%), obesidade (52.5%), Diabetes Mellitus (34.5%) e demais doenças cardiovasculares (18.8%). A média do índice de massa corporal (IMC) foi de 31 ± 7 , sendo que 82.5% da amostra apresentava sobrepeso ou obesidade (OMS, 1995).

As comorbidades, o uso de sedativos, bloqueadores neuromusculares, corticosteroides, complicações, falha de extubação, necessidade de traqueostomia, readmissão na UTI e mortalidade estão detalhados na tabela 1.

A média do tempo em VM até a primeira extubação foi de 11 ± 6.4 dias e a mediana do tempo total em VM foi de 14 (8-23) dias.

A média do tempo de internação na UTI foi de 17 (10-27) dias e de internação hospitalar foi de 31 (20-47) dias.

Com relação ao motivo de internação hospitalar, $n=360$ (90%) internaram com sintomas de covid-19 (confirmado pelo RT-PCR e/ou teste rápido para SARS-CoV-2) e foram admitidos na UTI. Entretanto, 40 pacientes internaram por outros motivos, porém necessitaram de transferência para a UTI devido a sintomas graves de covid-19 (tabela 2).

Tabela 1: comorbidades, uso de medicações, complicações e desfechos clínicos dos pacientes.

Variável	Total n	Sim n (%)
DM	440	152 (34.5)
DCV	440	83 (18.9)
HAS	440	234 (53.2)
ASMA	440	33 (7.5)
DPOC	440	41 (9.3)
AVC	440	23 (5.3)
DRC	440	47 (10.7)
Neoplasia	440	25 (5.7)
HIV	440	11 (2,5)
Sedação	440	440 (100)
DVA	440	369 (83.9)
BNM	440	368 (83.6)
Anticoagulante	440	359 (81.6)
Corticoide	440	417 (94.8)
Sepse	440	245 (55.7)
PNM bacteriana	440	327 (74.3)
TEP	440	72 (16.4)
PCR	440	15 (3.4)
Hemodiálise	440	122 (27.7)
Falha de extubação 48h	366	63 (17.2)
Falha de extubação 72h	365	73 (20)
Re-TOT UTI	366	86 (23.5)

Traqueostomia	440	98 (22,3)
Readmissão UTI	407	41 (9,3)
Óbito UTI	440	33 (7.5)
Óbito hospital	440	58 (13.2)

DM=Diabete Mellitus, DCV=demais doenças cardiovasculares, HAS=hipertensão arterial sistêmica, DPOC=doença pulmonar obstrutiva crônica, AVC=acidente vascular cerebral, DRC=doença renal crônica, DVA=drogas vasoativas, BNM=bloqueadores neuromusculares, PNM=pneumonia, TEP=tromboembolismo pulmonar, PCR=parada cardiorrespiratória, Re- TOT=reintubação orotraqueal na UTI.

Tabela 2: motivo de internação hospitalar.

Motivo internação	n	%
Covid-19	360	90%
Cirurgia	8	1.8%
Cardiovascular	7	1.6%
DPOC exacerbada	4	0.9%
Neoplasia	7	1.6%
Abdômen agudo	2	0.5%
Pancreatite	4	0.9%
Neurológico	1	0.2%
DRC agudizada	2	0.5%
Vasculite neutrofílica	1	0.2%
Infecção FAV	1	0.2%
Hematoma retroperitoneal	1	0.2%
Enterorragia	1	0.2%
DAOP	3	0.7%
Gestante, pré-eclâmpsia e DMG	1	0.2%
Histoplasmose + encefalite por citomegalovírus	1	0.2%

DPOC=doença pulmonar obstrutiva crônica, DRC=doença renal crônica, FAV=fístula arteriovenosa, DAOP=doença arterial obstrutiva periférica, DMG=diabete mellitus gestacional.

Tabela 3: Diferença entre as médias da escala de mobilidade (IMS), na primeira e na segunda medidas na UTI.

Variável	Média	N	Desvio Padrão	Sig.
Diferença (Alta - Pós Ext)	1,81	407	1,84	0,001
ICU PÓS EXTOT	2,10	407	1,74	
ICU ALTA	3,91	407	1,85	

ICU Mobility Scale (IMS):

A mediana da IMS pós extubação foi 2 (1-3) e na alta da UTI, 4 (3-5). A mediana do intervalo entre a primeira e a segunda medidas foi de 2 dias (1-6).

Houve aumento de 2.1 ± 1.9 na escala de mobilidade desde a extubação (ou início dos períodos de respiração espontânea em pacientes traqueostomizados) para 3.91 até a alta da UTI ($p=0.001$). (Tabela 3)

Correlação entre IMS x tempo em VM: Houve correlação inversa entre tempo em VM até a primeira extubação com o grau de mobilidade, tanto na primeira medida ($R=-0.24$) quanto no dia da alta da UTI ($R=-0.31$). Ou seja, quanto mais tempo os pacientes permaneceram em VM, menor foi o escore de mobilidade alcançado ($p<0.05$). O mesmo ocorreu com o tempo total de VM ($R=-0.39$ e $R=-0.34$, respectivamente).

IMS x falha de extubação em 48h e 72h: Não houve diferença significativa entre o grau de mobilidade e sucesso ou falha de extubação, tanto na primeira quanto na segunda medidas.

IMS x necessidade de re-intubação: Os pacientes que necessitaram de re-intubação durante a internação na UTI apresentaram escore de mobilidade mais baixo, tanto na primeira medida: 01 (1-2) versus 02 (2-4), quanto na alta da UTI: 04 (2-5) versus 05 (2-5) $p<0.05$.

IMS x necessidade de traqueotomia: Os pacientes que necessitaram de traqueostomia apresentaram escore de mobilidade mais baixo, tanto na primeira medida: 01 (0-2) versus 02(1-3), quanto na alta da UTI: 03 (2-4) versus 04 (3-5) $p<0.05$.

Correlação entre IMS x tempo de internação: Houve correlação inversa entre tempo de internação na UTI com o grau de mobilidade, tanto na primeira medida ($R=-0.37$) quanto no dia da alta da UTI ($R=-0.29$). Ou seja, quanto maior o tempo de internação na UTI, menor foi o escore de mobilidade alcançado ($p<0.05$). O mesmo ocorreu com o tempo de internação hospitalar ($R=-0.39$ e $R=-0.39$, respectivamente).

IMS x readmissão na UTI: Não houve diferença significativa entre o grau de mobilidade e a necessidade de readmissão na UTI, tanto na primeira quanto na segunda medidas.

IMS x mortalidade na UTI: Não houve diferença significativa na primeira medida da IMS (pós extubação ou início dos períodos de respiração espontânea) entre os pacientes sobreviventes:IMS=02 (1-2) versus os que foram à óbito na UTI: IMS=01(1-3).

IMS x mortalidade hospitalar: Os pacientes que sobrevieram apresentaram escore de mobilidade maior: IMS=02(1-3) versus IMS=01(0-2) após extubação ou início dos períodos de respiração espontânea ($p<0.05$). Da mesma maneira, o escore de mobilidade da alta da UTI nos pacientes sobreviventes foi maior quando comparado aos pacientes que foram à óbito no hospital: IMS=04 (3-5) versus IMS=02 (1-4), respectivamente ($p>0.05$). (Figura 2)

No modelo de regressão logística, para cada aumento de 01 ponto na escala de mobilidade (IMS) pós extubação, estima-se que haja diminuição de 24% no risco de mortalidade hospitalar, independente dos fatores confundidores (idade, sexo, uso de sedativos, BNM, sepse, SOFA, SAPSIII, entre outros). (Tabela 5)

Além disso, para cada aumento de 01 ponto na IMS do dia da alta da UTI, estima-se que haja diminuição de 35.2% na mortalidade hospitalar, independente das outras variáveis. (Tabela 6)

Tabela 4: valores de mediana e intervalos interquartis da escala de mobilidade na primeira medida (IMS pós extubação) e na segunda medida (IMS Alta), relacionando com os desfechos clínicos.

Variável	Categoria	IMS Pós Extot	IMS Alta	IMS Diferença
Sucesso extubação 48h	Não	1 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Sim	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	1 (0 ; 3)
Sucesso ext. 72h	Não	1 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Sim	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	1 (0 ; 3)
Re-intubação	Não	2 (1 ; 4)	5 (3 ; 5)	1 (0 ; 3)
	Sim	1 (1 ; 2)	4 (2 ; 5)	2 (0 ; 3)
TQT	Não	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Sim	1 (0 ; 2)	3 (2 ; 4)	2 (1 ; 3)
Desfecho UTI	Alta	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Óbito	1 (1 ; 2)		
Desfecho final hospitalar	Alta	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Óbito	1 (0 ; 2)	2 (1 ; 4)	0 (0 ; 2)
Readmissao UTI	Não	2 (1 ; 3)	4 (3 ; 5)	2 (0 ; 3)
	Sim	1 (1 ; 2)	4 (2 ; 5)	2 (0 ; 3)

Teste de Mann-Whitney com p-valor < 0,05

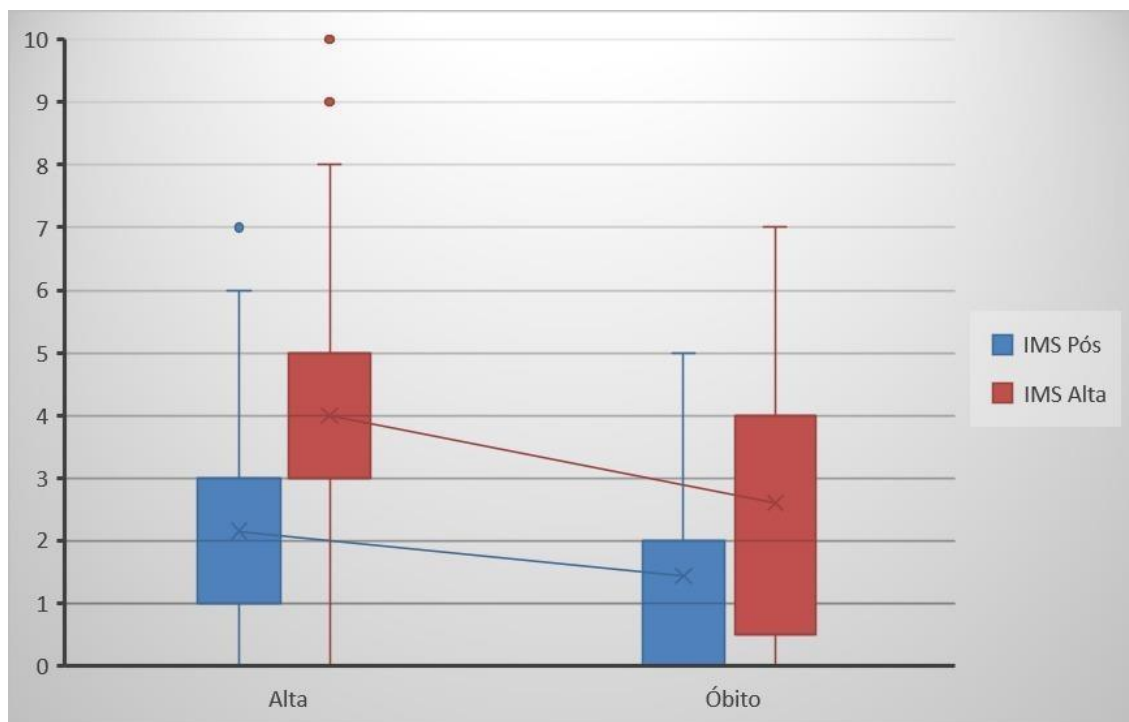
Tabela 5: Modelo de regressão logística para o desfecho final hospitalar com ICU PósExtubação como variável independente

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para	
							Inferior	Superior
ICU PÓS EXTOT	-0,277	0,107	6,698	1	0,010	0,758	0,614	0,935
Constante	-1,626	0,224	52,491	1	0,000	0,197		

Tabela 6: Modelo de regressão logística para o desfecho final hospitalar com ICU Alta como variável independente

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para	
							Inferior	Superior
ICU ALTA	-0,433	0,122	12,583	1	0,000	0,648	0,510	0,824
Constante	-1,302	0,392	11,026	1	0,001	0,272		

Figura 2: IMS pós extubação e IMS na alta nos pacientes que tiveram alta hospitalar versus os pacientes que foram a óbito no hospital.



Discussão

Em nosso estudo foram incluídos apenas pacientes com diagnóstico confirmado de covid-19 e que foram submetidos à ventilação mecânica invasiva por mais de 24h. Sabe-se que pacientes com covid-19 que necessitam de VMI, sedação profunda, uso de corticosteroides e terapia de substituição renal são propensos ao aumento do tempo de ventilação mecânica invasiva e consequentemente perda de força e mobilidade (Ferrando et al., 2020; Aerde, 2020). Corroborando com estudos prévios, em nossa amostra também observamos tempo em VMI prolongado (11 dias), assim como tempo prolongado de internação na UTI (17 dias) e hospitalar (31 dias).

Pacientes com comorbidades, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e obesidade ou sobrepeso são prevalentes em pacientes com covid-19 que necessitam

de internação na UTI (Tipping et al., 2018; Anderson et al., 2021).

Nosso estudo verificou a importância da avaliação dos pacientes covid-19 na UTI com o uso da escala de mobilidade *ICU Mobility Scale* (IMS), que é uma ferramenta útil, rápida e de fácil aplicação beira leito. Observamos melhora significativa da mobilidade ao longo do período de internação na UTI. No estudo de Schmidt et al. (2022), também foi observado aumento na pontuação da IMS do dia do início do desmame da ventilação mecânica até a alta da UTI, tanto em pacientes com FAUTI, quanto sem fraqueza (Timenetsky et al., 2020). Em nosso serviço, os pacientes receberam atendimento da equipe de fisioterapia todos os dias, com auxílio multiprofissional para realizar as trocas de posturas necessárias para evolução da mobilidade dos pacientes. Dessa maneira, observamos aumento de quase 02 pontos na escala IMS, da primeira para a segunda medida (2.1 ± 1.74 para 3.91 ± 1.85). Clinicamente, significa que os pacientes, nas primeiras 24h após extubação, ou 24h após início dos períodos em respiração espontânea (em pacientes traqueostomizados), foram posicionados na poltrona, mas ainda não tinham controle de tronco para manter a posição sentada (IMS=2). E, na segunda medida (dia da alta da UTI), conseguiram ficar em ortostase (IMS=4). Segundo Tipping et al. (2018), uma mudança de 1.4 a 03 pontos na IMS pode ser considerada clinicamente importante. Os autores sugerem o uso da IMS na prática clínica e nas pesquisas, pois permite um bom entendimento dos níveis de mobilização nas UTIs e permite a comparação entre diferentes estudos (Tipping et al., 2018).

A escala *Perme* é outra ferramenta utilizada para avaliar a mobilidade dos pacientes na UTI. No estudo de Nawa et al. (2022), foi observado que 51% dos pacientes com diagnóstico de covid-19, internados na UTI e submetidos à VM melhoraram seu estado de mobilidade, avaliados através da *Perme Score*, durante a internação na UTI (Nawa et al., 2022).

O primeiro registro de mobilidade (IMS) foi realizado até 24h pós extubação, devido à presença do tubo endotraqueal ter sido considerada uma barreira para mobilização fora do leito pela equipe assistencial. Por se tratar de pacientes com covid-19 graves e hipoxêmicos, naquela ocasião, foi optado pela não retirada do paciente do leito enquanto ainda estivesse intubado. O impacto da VM no nível de mobilidade também foi observado em estudos anteriores, com a mobilidade dos pacientes restrita a exercícios no leito por ser considerada uma barreira para mobilização fora do leito (Timenetsky et al., 2020; Jolley et al., 2017). Como nossa amostra foi submetida à VMI e sedação contínua, optamos por realizar a primeira medida somente durante o processo de interrupção da VM, pois se fôssemos registrar a IMS da admissão na UTI, a grande maioria teria IMS=0 devido à sedação.

Em nosso estudo, não houve associação significativa entre escore de mobilidade com falha de extubação em 48h ou 72h, apesar da mediana da IMS da primeira medida apresentar valores menores nos pacientes que falharam na extubação. Mesmo assim, quando analisamos os

pacientes que, em algum momento da internação na UTI, necessitaram de re-intubação, foi observado que esse grupo apresentava escores de mobilidade menor, tanto na primeira quanto na segunda medidas. Sabe-se que a imobilidade no leito aumenta o risco de formação de atelectasias, pneumonia e necessidade de VM, gerando efeitos deletérios ao sistema cardiorrespiratório, nervoso central, músculo esquelético e no metabolismo (Bonorino et al., 2020; Nava et al., 2002). Entretanto, essas complicações não foram registradas em nosso estudo.

Em nosso estudo, observamos que a IMS menor de 2 foi associada a piores desfechos. Esses achados também foram observados por Santos et al. (2019), em seu estudo que avaliou a não adoção de posturas antigravitacionais associada a maior chance de óbito na UTI, onde mobilização passiva e ativa-assistida eram consideradas nível 1 e 2 e foram associadas fortemente a óbito, e pacientes que faziam sedestação beira leito e treino de equilíbrio em ortostase considerados nível 3 e 4, foram associados à alta da UTI. Inferindo que a mobilização também pode ser vista como um fator prognóstico (Santos et al., 2019).

Nosso estudo observou que, para cada aumento de 01 ponto na escala de mobilidade (IMS) pós-extubação, estima-se que haja diminuição de 24% no risco de mortalidade hospitalar, independente dos fatores confundidores (idade, sexo, uso de sedativos, BNM, sepse, SOFA, SAPSIII, entre outros). Além disso, para cada aumento de 01 ponto na IMS do dia da alta da UTI, estima-se que haja diminuição de 35.2% na mortalidade hospitalar, independente das outras variáveis. Valores similares foram encontrados por Ambrose et al. (2021), em seu estudo sobre reabilitação e mortalidade hospitalar de pacientes com covid-19, que avaliou a correlação entre mobilização através da escala de mobilidade *Johns Hopkins* e óbito. Observou-se que os pacientes que receberam reabilitação precoce, foram associados a uma mortalidade intra-hospitalar 89% menor, assim como para cada sessão de reabilitação adicional foi associada a risco 29% menor de mortalidade intra-hospitalar. Salientando a mobilização inclusive em atividades simples como sentar ao lado da cama ou ficar em pé à beira do leito demonstrando melhora da fraqueza neuromuscular e da função física (Santos et al., 2019).

Silva et al. (2021), em seu estudo sobre rastreamento e comparação de indicadores de mobilidade de pacientes críticos na admissão e alta da UTI, utilizou a escala IMS, na qual foram classificados marcos de mobilidade: sentar à beira do leito, ortostatismo e deambulação. Tendo observado evolução na mobilidade dos pacientes ao longo da internação, através da mobilização precoce que está associada a menor tempo de permanência na UTI, redução do tempo de delirium, menor tempo de ventilação mecânica, melhores resultados funcionais e ao menor tempo de hospitalização, sugere que o uso de protocolos institucionais de mobilização é fundamental para direcionar a reabilitação física dos pacientes (Silva et al., 2021).

Nosso estudo apresenta algumas limitações: não houve acompanhamento dos níveis de mobilidade após a alta da UTI e pós alta hospitalar.

Conclusão

Em nosso estudo, concluímos que houve aumento significativo do grau de mobilidade durante o período de internação na UTI. Além disso, houve correlação inversa entre o grau de mobilidade (IMS) com o tempo em VMI e o tempo de internação. Os pacientes que necessitaram de traqueostomia, re-intubação, e readmissão na UTI apresentaram escore de mobilidade significativamente menor, comparado aos que não necessitaram dessas medidas. Não houve diferença significativa na mobilidade após extubação, entre os pacientes que foram a óbito na UTI versus os sobreviventes. Porém, foi observado que, para cada aumento de 01 ponto na escala de mobilidade na primeira e na segunda medidas na UTI, a chance de óbito hospitalar diminui em 24% e 35%, respectivamente.

Referências

AERDE N V, BERGHE V D, WILMER A, GOSSELINK R et al. **Intensive care unit acquired muscle weakness in COVID-19 patients**. LetterPublished: 28 September 2020 <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06244-7>.

AMBROSE A F, KURRA A, TSIRAKIDIS L, HUNT K C, AYERS E, GITKIND A, YERRA S, LO Y et al. Rehabilitation and In-Hospital Mortality in COVID-19 Patients. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 2021, Vol. XX, No. XX, 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glab321>

ANDERSON M R, SHASHATY M G S et al. **Impact of Obesity in Critical Illness**. CHEST 2021; 160(6):2135-2145. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.08.001>.

BONORINO K C, CANI Kc et al. Early mobilization in the time of COVID-19. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2020;32(4):484-486. DOI: 10.5935/0103-507X.2020008

CHEN N, ZHOU M, DONG X, QU J, GONG F, HAN Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **Lancet** 2020;395(10223):507-13.

FERRANDO C, MELLADO-ARTIGAS R, GEA A Et al. Características, evolución clínica y factores asociados a la mortalidad en UCI de los pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2 en Espana: estudio prospectivo, de cohorte y multicêntrico. **Rev Esp Anesthesiol Reanim**. 2020;67(8):425-437 <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.003>.

HERMANS G, BERGHE GV. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. **Critical Care** (2015) 19:274. DOI:10.1186/s13054-015-0993-7

JOLLEY SE, MOSS M, NEEDHAM DM, CALDWELL E, MORRIS PE, Miller RR, et al. Point Prevalence Study of Mobilization Practices for Acute Respiratory Failure Patients in the United States. **Crit Care Med**. 2017; 45: 205–215. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002058

KAWAGUCHI Y M F, NAWA R K et al. **Perme Intensive Care Unit Mobility Scoree ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil**. **J Bras Pneumol**. 2016;42(6):429-434 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301>

McCLAFFERTY B, UMER I, FYE G, KEPKO D, KALAYANAMITRA R, SHAHID Z, RAMGOBIND et al. **Approach to critical illness myopathy and polyneuropathy in the older SARS-CoV-2 patients.** DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.058>. 2020.

NAVA S, PIAGGI G, MATTIA E, DE, CARLUCCI A et al. Muscle retraining in the ICU patients. **Minerva Anestesiol** 2002;68:341-5.

NAWA RK, NETO AS, LAZARIN AC, SILVA AK, NASCIMENTO C, MIDEGA TD, EID RAC, CORRÊA TD, TIMENETSKY KT. Analysis of mobility level of COVID-19 patients undergoing mechanical ventilation support: A single center, retrospective cohort study. **Plos One** August 1, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272373>

OZKESKIN, M. et al. **Risk of COVID-19 disease in the elderly population and physiotherapy.** DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.05.003>.

PASCARELLA G, STRUMIA A, PILIEGO B, F DEL BUONO R, COSTA F, SCARLATA S. et al. **COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review.** DOI: - 10.1111/joim.13091, 2020.

Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Heal Organ Tech Rep Ser. 1995;854(1):452).

SANTOS G S, QUEIROZ R S, JESUS C S, CARNEIRO J A O, FARIA L M DE A, FERNANDES M H, MATOS J M T. Patients admitted to an intensive care unit who do not adopt an antigravity posture have a higher odds of death. **Fisioter Pesqui.** 2019;26(3):235- 240. DOI: 10.1590/1809-2950/17027526032019

SCHMIDT D, PIVA T, GLAESER S S et al. **Intensive Care Unit–Acquired Weakness in Patients With COVID-19: Occurrence and Associated Factors.** DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac028>. 2022.

SILVA V da, MACHADO S G, SOUZA G M R, CARDOSO L F O DE J, SANTANA H S R, BARRETO J DE A, CERQUEIRA T C F. Screening and comparison of critical patient mobility indicators at a university hospital. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e285101421725, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21725>

SINGHAL T, et al. **A Review of Coronavirus Disease-2019.** <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>. 2020.

TIMENETSKY KT, NETO AS, ASSUNÇÃO MSC, TANIGUCHI L, EID RAC, CORRÊA TD, et al. Mobilization practices in the ICU: A nationwide 1-day point- prevalence study in Brazil. **PLoS One.** 2020; 15: e0230971. DOI: 10.1371/journal.pone.0230971

TIPPING C, HOLLAND A E, HARROLD M et al. The minimal important difference of the ICU mobility scale. **Heart & Lung**, 2018, 47.5: 497-501. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.009>.

ZHOU F, Yu T, DU R, FAN G, LIU Y, LIU Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet** 2020;395:1054–62.

Comparação dos indicadores de condições crônicas de saúde antes e durante a pandemia da covid-19 em cinco unidades de Atenção Primária à Saúde

Franciela Delazeri Carlotto, Sandra Rejane Soares Ferreira

Resumo

Introdução: a pandemia da covid-19 modificou o processo de trabalho e compeliu os serviços de saúde a adotarem estratégias para a contenção do vírus, o que levou ao direcionamento da atenção às pessoas com sintomas respiratórios e com diagnóstico da doença, restringindo a atenção prestada a diversas condições de saúde. O cuidado aos usuários com condições crônicas de saúde foi postergado, gerando consequências negativas à saúde. **Objetivo:** analisar os indicadores de saúde relacionados à tuberculose, diabetes mellitus, hipertensão arterial e asma em cinco unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), no primeiro ano de pandemia da covid-19 (2020) em comparação com os mesmos indicadores no ano anterior à pandemia (2019). **Metodologia:** estudo do tipo observacional, descritivo transversal realizado a partir de dados secundários do sistema de informação em saúde (SIS) da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foram utilizados indicadores das condições crônicas de saúde disponíveis nos relatórios anuais. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel e, posteriormente, transportados para o software WinPepi para as análises estatísticas. **Resultados:** houve diferença estatisticamente significativa na comparação de indicadores relacionados à tuberculose, diabetes mellitus, hipertensão arterial e asma, com queda expressiva em 2020. Encontrou-se dificuldade para avaliação de alguns indicadores, tendo em vista a forma como são coletados pelo sistema de informação do serviço. **Considerações finais:** por meio da comparação dos indicadores, verificou-se piora do acompanhamento da saúde da população do território durante a pandemia da covid-19. Dessa forma, sugere-se à gestão das unidades de saúde a revisão das condições e do processo de trabalho para que as equipes de saúde possam realizar a retomada da vigilância em saúde e da busca ativa dos usuários no território, bem como das ações programáticas e das linhas de cuidado.

Palavras-chave: Indicadores de Doenças Crônicas; covid-19; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia devido à covid-19 (Who, 2020a). No Brasil, até a data de 30 de novembro de 2022, o país contava com mais de 33 milhões de casos confirmados e 689.665 mortes, distribuídas por todo o território nacional (Brasil, 2022). Dessa maneira, foi necessário reorganizar o sistema de saúde e adotar estratégias para a contenção do vírus, nos diferentes níveis de atenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada para acessar o Sistema Único de Saúde (SUS), coordenando a rede de cuidado, e é responsável pela resolução de até 85% dos problemas de saúde da população (OPAS, 2011), de forma a cobrir a maior parte do território brasileiro (Gomes; Souza; Soranz, 2020). Durante a pandemia isso não foi diferente: as unidades de APS e Estratégias de Saúde da Família (ESF) direcionaram todos seus esforços ao atendimento das pessoas com sintomas gripais, realizando acolhimento,

consultas clínicas, encaminhamento de casos suspeitos para testagem de RT-PCR ou realização do teste rápido antígeno para a covid-19 na unidade; manejo clínico de casos que chegavam em estado mais grave; acompanhamento dos casos positivos leves e moderados, em isolamento domiciliar, por telemonitoramento e teleconsultas; encaminhamento dos casos com maior gravidade para Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e para os hospitais. Além disso, também foram realizadas atividades de educação em saúde com a população e a aplicação de protocolos criados para evitar/reduzir o risco de contágio.

Devido às alterações no processo de trabalho para a prevenção do contágio, o cuidado realizado às pessoas e comunidades, por meio das ações programáticas, foi modificado, reduzido e, em algumas situações, pausado. O atendimento e monitoramento das pessoas com condições crônicas de saúde (Gois-Santos et al., 2020) e também a prevenção de agravos, como câncer de mama e de colo de útero (Barbosa; Ricacheneisky; Daudt, 2018) foram limitados. Esse contexto restritivo ocorreu, especialmente, porque diversas morbidades são consideradas de risco para o agravamento da covid-19, como câncer, diabetes mellitus (DM), hipertensão (HAS), doenças cardiovasculares, asma, tuberculose (TB), entre outros (Gao et al., 2021) e o cuidado a esses usuários tornou-se cada vez mais relevante e desafiador. Além disso, cabe destacar que as equipes de saúde, em sua maioria, não tiveram um aumento quantitativo de profissionais e precisaram focar o seu trabalho nas novas demandas decorrentes da pandemia da covid-19.

É importante ressaltar que houve aumento do risco de consequências negativas à saúde da população relacionadas à falta de acompanhamento às pessoas com condições crônicas de saúde e à prevenção de agravos, como câncer, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), doenças renais crônicas (DRC) (Almeida; Guimarães Neto, 2021), amputações (Barnes et al., 2020) e aterosclerose (Kibel et al., 2017), assim como danos pulmonares, resistência à medicação e infecções (Jain et al., 2020; Rothe et al., 2018), entre outros.

Nesse contexto, levando em consideração as mudanças no processo de trabalho nas unidades de APS e as restrições de atendimento, esse estudo teve como objetivo analisar os indicadores de atenção à saúde relacionados à TB, DM, HAS e asma em cinco unidades de APS durante o primeiro ano de pandemia da covid-19 em comparação com os mesmos indicadores durante o ano anterior à pandemia.

Este estudo foi realizado no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Família e Comunidade do GHC.

Descrição dos indicadores da Gerência de Saúde Comunitária avaliados no estudo.

A Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), através do Sistema de Informações em Saúde (SIS), publica de forma mensal e anual os

indicadores do serviço. Entre as ações programáticas e linhas de cuidado desenvolvidas nas unidades de saúde (US), encontram-se: saúde da mulher, cuidado ao pré-natal, cuidado à saúde das crianças e atenção às condições crônicas (HAS, DM, asma, tabagismo e TB). A construção dos indicadores é realizada por meio de medidas definidas com base nos dados de estudos epidemiológicos que informam, por exemplo, sobre a prevalência de determinadas condições de saúde na população de um território, entre outros. É uma estimativa (mensuração com certo grau de imprecisão) de uma dimensão da saúde em uma população alvo (OPAS, 2018).

O uso dos indicadores em saúde está relacionado à tomada de decisões com o objetivo de estabelecer projetos e/ou ações programáticas que estejam de acordo com as necessidades da população, de forma a reduzir as desigualdades e melhorar as condições de vida e saúde. Os indicadores podem ser utilizados para descrever necessidades em saúde, prever desfechos, explicar condições de saúde, melhorar e gerir sistemas de saúde, avaliar e monitorar intervenções em saúde, promover causas, prestar contas, pesquisar e mensurar disparidades de gênero, entre outras (OPAS, 2018).

Os indicadores da linha de cuidado (LC) da TB na GSC-GHC são avaliados por meio das seguintes metas: identificar 80% dos sintomáticos respiratórios (SR) do território; investigar 80% dos SR identificados; identificar no território 90% do número estimado de casos novos (CN) de TB; diagnosticar nas US 70% do número estimado de CN de TB; acompanhar na US 70% dos casos de TB identificados; dar alta por cura para 85% dos casos de TB acompanhados nas US; reduzir para menos de 10% das altas por abandono de tratamento; Identificar 80% dos contatos de caso de TB; investigar 80% dos contatos de caso de TB identificados; incrementar a oferta e realização de tratamento para infecção latente da TB (ILTB) nas 12 US (GHC, 2021).

Para os indicadores de proporção de SR identificados e SR examinados, a estimativa de SR no território corresponde a 1% da população total cadastrada em cada US. SR identificados correspondem às pessoas com tosse há três semanas ou mais identificadas pela equipe e SR examinados/investigados correspondem às pessoas com tosse há três ou mais semanas que realizaram o teste rápido molecular para TB ou dois exames de BAAR no escarro ou um exame de BAAR no escarro e um raio-x de tórax (GHC, 2021).

O número estimado de CN de TB é calculado por meio da incidência da doença na região e do número de usuários cadastrados nas US, sendo que nos territórios atendidos pelas US da GSC-GHC sua variação é de 66 até 140 casos por 100 mil habitantes. Esse dado é utilizado para verificar a proporção de CN de TB diagnosticados no território (total) e na US/ano. O total de casos notificados no território/ano é identificado por meio do banco de dados SINAN/TB/Porto Alegre/RS e estas informações servem, também, para o cálculo do indicador “acompanhar na US 70% dos casos de TB identificados no território” (GHC, 2021).

Quanto ao cálculo dos indicadores, “alta por cura dos casos de TB acompanhados nas US” (meta 85%) e “reduzir as altas por abandono do tratamento” (meta 10%), o denominador para o cálculo do indicador é o número de casos de TB tratados/acompanhados na US. Em relação aos indicadores “percentual de contatos de caso de TB identificados e examinados”, o parâmetro é a estimativa do número de contatos por caso de TB que é referida na literatura como sendo em média quatro contatos/caso TB (GHC, 2021). Em relação ao indicador “percentual de usuários tratados para ILTB” a GSC-GHC não definiu uma meta para essa ação, apenas monitora o quantitativo de pessoas que recebem tratamento da ILTB nas US.

As metas para a ação programática (AP) da HAS e DM são: cadastrar na AP HAS 66% da estimativa dos casos da doença no território; cadastrar na AP DM 67% da estimativa dos casos da doença no território; controlar os níveis tensionais ($<140 \times 90$ mmHg) em 77% das pessoas inscritas na AP; controlar os níveis glicêmicos (HbA1c $<7\%$) em 59% das pessoas inscritas na AP; realizar o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) a cada seis (6) meses para pessoas com DM inscritos na AP; ofertar consulta com o dentista na US para 35% das pessoas com DM inscritas na AP; ofertar consulta de enfermagem na US para 15% das pessoas com DM inscritas na AP (GHC, 2021).

Para o cálculo dos indicadores da AP da HAS e DM utiliza-se as estimativas do Ministério da Saúde: o número estimado de pessoas com HAS na população >18 anos, no município de Porto Alegre, é de 26% da população e o número estimado de pessoas com DM, no município de Porto Alegre, é de 8% da população. Em relação ao controle da PA o denominador do cálculo do indicador é o número de pessoas com HAS inscritas em relação ao número de pessoas com valor de PA $<140 \times 90$ mmHg na última medida registrada. Em relação ao controle da glicemia, o denominador do cálculo do indicador é o número de pessoas com DM inscritas em relação ao número de pessoas com o último exame realizado de HbA1c $<7\%$ (GHC, 2021). Ainda, o denominador utilizado para avaliar os indicadores “proporção de usuários diabéticos inscritos na AP com consulta com dentista” e “proporção de usuários diabéticos inscritos na AP com consulta com enfermeiro” utiliza-se o número total de pessoas inscritas para acompanhamento na AP de HAS e DM na US.

Para o cálculo dos indicadores da LC da asma, a GSC-GHC utiliza a estimativa do número de crianças e adolescentes com asma, no município de Porto Alegre, que é de 21% (GHC, 2021). Em relação ao indicador “proporção de usuários menores de quinze anos com diagnóstico de asma em acompanhamento regular”, o denominador do cálculo do indicador é o número de pessoas menores de quinze anos com diagnóstico de asma. Em relação ao indicador “número de internações por condições sensíveis à APS (CSAPS) – asma”, o denominador utilizado é o número total de internações em crianças e adolescentes de zero a 18 anos no serviço avaliado.

Em relação aos indicadores “Proporção de usuários com asma em acompanhamento regular” e “Número de internações por condições sensíveis à APS - asma”, a LC da GSC escolheu trabalhar apenas com a faixa etária de zero a menores de 15 anos e de zero a 18 anos, respectivamente, devido a maior prevalência e internações por asma em crianças e adolescentes (RIBEIRO-SILVA et al., 2018). Além disso, a avaliação do indicador “internações por asma” vem sendo historicamente avaliado na GSC por seus resultados em número absoluto para ser mais fidedigno à realidade, visto que o percentual médio de internações em toda GSC-GHC, na população menor de 19 anos, é de 2% (GHC, 2021).

Metodologia

Estudo do tipo observacional, descritivo, transversal (GOLDIM, 2000) realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informação em Saúde (SIS) da GSC do GHC. Foram utilizados os dados dos indicadores de condições crônicas de saúde (TB, DM, HAS e asma) disponíveis nos relatórios anuais publicados pelo Setor de Apoio Técnico ao Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde da GSC do GHC.

A GSC conta com 12 US de APS localizadas na zona norte e leste de Porto Alegre, RS. Como critério de inclusão, no estudo, para a análise dos dados sobre os indicadores de DM, HAS, asma e sintomáticos respiratórios identificados e examinados foram selecionadas as cinco US pertencentes à Coordenadoria Distrital Norte, antiga Gerência de Saúde Norte/Eixo Baltazar (NEB), por contarem com características econômicas, sociais e culturais semelhantes. Também, foi incluída no estudo a análise dos dados do conjunto da GSC-GHC que é composto pela proporção média dos indicadores da TB, HAS, DM e asma das 12 US. Como critério de exclusão, não foram consideradas as unidades que não possuíam os dados relacionados aos indicadores selecionados para o estudo.

Na análise por US os indicadores relacionados ao “número de casos novos (CN) da TB/ano” não foram incluídos, conforme recomendação estatística, tendo em vista que o número de casos por US é muito pequeno (variação de 4 a 11 casos/ano) não permitindo a adequada avaliação estatística por US. Para esses indicadores da Linha de Cuidado da TB foram analisados os dados relativos ao conjunto das 12 US da GSC que tem uma estimativa anual de 85 casos novos de TB.

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estando de acordo com as resoluções 196/96 e 251/97 (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997). Este projeto foi aprovado pela banca da RMS da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do GHC, pela Comissão de Consultoria Científica do GHC e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC, por meio da plataforma Brasil.

A coleta de dados foi realizada nos relatórios anuais (2019 e 2020) dos indicadores de saúde disponíveis no SIS da GSC-GHC.

Os indicadores avaliados em relação à Linha de Cuidado (LC) da Tuberculose foram:

- proporção de CN de TB notificados nos territórios;
- proporção de casos de TB diagnosticados nas Unidades de APS;
- proporção de casos de TB tratados nas Unidades de APS;
- proporção de casos de TB com cura da doença;
- proporção de casos de TB com abandono do tratamento;
- proporção de contatos de caso de TB identificados;
- proporção de contatos de caso de TB examinados/investigados;
- proporção de SR identificados;
- proporção de SR examinados;
- número de pessoas tratadas para ILTB;

Os indicadores em relação Ação Programática da HAS e DM foram:

- proporção de diabéticos que realizaram HbA1c nos últimos seis meses;
- proporção de usuários diabéticos inscritos na ação programática com consulta com dentista;
- proporção de pessoas ≥ 18 anos inscritas na ação programática DM;
- proporção de usuários com DM com glicemia controlada;
- proporção de usuários diabéticos inscritos na ação programática com consulta com enfermeiro;
- proporção de pessoas ≥ 18 anos inscritas na ação programática HAS;
- proporção de usuários com HAS com pressão arterial (PA) controlada;

Em relação aos indicadores da asma:

- proporção de usuários (zero a menores de 15 anos) inscritos na LC da asma em acompanhamento regular;
- número de internações por CSAPS - asma (zero a 18 anos);
- proporção de usuários com diagnóstico de asma (zero a menores de 15 anos) inscritos na LC.

Optou-se pela coleta dos dados dos indicadores, das unidades em estudo, nos relatórios anuais da GSC, pois essa edição apresenta os dados mais completos e limpos, visto que os dados mensais não apresentavam mudanças significativas na comparação mês a mês.

A análise de dados foi realizada a partir da comparação entre indicadores das condições

crônicas de saúde (TB, HAS, DM e asma) atendidas nas cinco unidades de APS pertencentes à GSC-GHC antes e durante a pandemia. Para a análise estatística dos indicadores no período indicado, foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, quando necessário. A associação foi considerada estatisticamente significativa quando o p-valor foi <0,05. Também foi realizada a estimativa do risco relativo e a diferença de proporções entre os dois períodos.

Os dados de interesse foram digitados e armazenados em planilha do programa Excel®, validados, e posteriormente transportados para o software WinPepi versão 11.43, para as análises estatísticas. Para a análise dos dados foi realizada consultoria estatística com profissional da GEP-GHC.

Resultados

Apresenta-se a seguir a comparação entre os resultados dos indicadores das condições crônicas de saúde (TB, HAS, DM e asma) atendidas nas cinco unidades de APS pertencentes à GSC-GHC antes (2019) e durante a pandemia (2020).

Em relação à LC de atenção às pessoas com TB serão apresentados somente os dados do conjunto das 12 US da GSC. Os dados coletados estão descritos nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Indicadores da Linha de Cuidado de atenção às pessoas com TB, número da população cadastrada nas unidades de saúde da Gerência de Saúde Comunitária, número estimado de casos de TB para cálculo do percentual do indicador, proporção alcançada de cada indicador nos anos de 2019 e de 2020, Porto Alegre, RS, 2022.

Indicadores	Nº Pop.	Nº est. casos/ano	2019 (%)	Nº Pop.	Nº est. casos/ano	2020 (%)	p-valor*; RR; Diferença (%)
Casos novos notificados	91.907	83	98	91684	83	73	<0,001; 25; 25%
Casos diagnosticados nas US	91.907	103	35	91684	81	25	0,133; 30; 10%
Casos tratados nas US	91.907	103	70	91684	81	68	0,771; 3; 2%
Casos TB – Cura	91.907	72	78	91684	55	58	0,018; 26; 20%
Casos TB – Abandono	91.907	72	13	91684	55	30	0,020; 2,3; 17%
Contatos identificados	91.907	268	82	91684	216	47	<0,001; 43; 34%
Contatos investigados	91.907	268	73	91684	216	22	<0,001; 70; 51%
SR identificados	91.907	917	99	91684	917	35	<0,001; 65; 64%
SR examinados	91.907	917	76	91684	917	28	<0,001;64;48%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 20; GHC2021).

Nota:

*Valor p obtido pelo Teste qui-quadrado de Pearson;RR: risco relativo.

Na Tabela 1 observa-se que, em 2020, houve associação significativa de queda nos indicadores: “Proporção de casos novos de TB notificados nos territórios” ($p < 0,001$); “Proporção de casos de TB com percentual de cura da doença” ($p = 0,018$); “Proporção de contatos de casos de TB identificados” ($p < 0,001$); “Proporção de contatos de casos de TB investigados” ($p < 0,001$); “Proporção de sintomáticos respiratórios identificados” ($p < 0,001$) e “Proporção de sintomáticos respiratórios investigados” ($p < 0,001$). Também, houve associação significativa de aumento da “Proporção de casos de TB com percentual de abandono do tratamento” ($p = 0,020$). Quanto aos indicadores “Proporção de casos de TB diagnosticados na US” e “Proporção de casos de TB tratados na US” não foi encontrada associação entre os resultados obtidos pela GSC nos dois anos de estudo.

A tabela 2 apresenta os indicadores “sintomáticos respiratórios identificados e examinados”. Houve diferença significativa de redução, em 2020, do percentual de SR examinados nas cinco unidades ($p < 0,001$). O indicador “SR identificados” não pode ser avaliado através dos testes estatísticos nas unidades 3, 4 e 5, visto que é baseado na meta da GSC de identificar 80% dos SR e os resultados dessas unidades apresentaram, em 2019, um percentual maior de 100%. Entretanto, avaliando-se a diferença entre os percentuais alcançados no ano de 2019 e 2020 verifica-se que houve redução da identificação de SR durante o ano de 2020.

Tabela 2 - Unidades de saúde do estudo, indicadores da Linha de Cuidado da TB, população cadastrada nas unidades da Gerência de Saúde Comunitária, número estimado de Sintomáticos Respiratórios (SR) por ano para cálculo do indicador e do percentual alcançado, proporção de SR identificados e de SR examinados, nos anos de 2019 e 2020, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Indicadores	Nº Pop.	Nº est. casos/ano	2019 (%)	Nº Pop.	Nº est. casos/ano	2020 (%)	p-valor*; RR; Diferença (%)
US 1	SR Identificados	13190	132	72	13586	132	28	<0,001; 62; 44%
	SR Examinados			56	13586		28	<0,001; 50; 28%
US 2	SR Identificados	9315	93	100	9547	93	54	<0,001; 45; 46%
	SR Examinados			87	9547		48	<0,001; 45; 39%
US 3	SR Identificados	4718	47	113	4867	47	39	0**; 0**; 74%
	SR Examinados			75	4867		20	<0,001; 75; 55%
US 4	SR Identificados	5734	57	103	6018	57	21	0**; 0**; 82%
	SR Examinados			93	6018		20	<0,001; 80; 73%
US 5	SR Identificados	4589	46	112	4632	46	28	0**; 0**; 84%
	SR Examinados			71	4632		26	<0,001; 64; 45%
GSC	SR Identificados	91907	917	99	91684	917	35	<0,001; 65; 64%
	SR Examinados			76	91684		28	<0,001; 64; 48%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

*Valor p obtido pelo Teste qui-quadrado de Pearson;

** Valor p e risco relativo não foram calculados. RR: risco relativo.

Após a consultoria estatística, decidiu-se retirar da análise do estudo o indicador “Número de pessoas tratadas para ILTB”, visto que, a GSC-GHC não estabelece uma estimativa de qual seria o número recomendado de pessoas que deveriam receber anualmente o tratamento para ILTB, o serviço não tem parâmetros para essa ação, tendo em vista que ele pode ser realizado por diferentes motivos. A GSC apenas monitora o número de tratamentos realizados anualmente.

Em relação à Ação Programática para o cuidado das pessoas com DM tipo 2 e HAS, os dados serão apresentados por unidade de saúde e o conjunto das 12 unidades da GSC, conforme as tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Na tabela 3, em relação à proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática que realizaram Hb1Ac nos últimos seis meses, observa-se que houve diferença significativa nas unidades 1 ($p<0,001$), 2 ($p<0,004$), 4 ($p<0,001$) e na GSC ($p<0,001$), quanto a redução do número de usuários com DM que realizaram o exame de HbA1c, em 2020.

Tabela 3 - Unidades de saúde do estudo, número estimado de usuários com DM no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática e que realizaram Hb1Ac nos últimos seis meses, nos anos de 2019 e 2020, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº ¹ 2019	Nº inscritos ²	2019 (%) ³	Nº ¹ 2020	Nº inscritos ²	2020 (%) ³	p-valor*; RR; Diferença (%)
US 1	886	569	37	916	556	26	<0,001; 30; 11%
US 2	593	347	21	612	342	13	0,004; 39; 8%
US 3	246	169	35	257	171	28	0,174; 20; 7%
US 4	363	264	46	380	267	22	<0,001; 52; 24%
US 5	300	254	28	304	280	30	0,603; 1; 2%
GSC	6102	4115	40	6118	4028	22	<0,001; 45; 18%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

*Valor p obtido pelo Teste qui-quadrado de Pearson.

¹ número estimado de usuários com DM no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática que realizaram Hb1Ac nos últimos seis meses.

RR: risco relativo.

Tabela 4 - Unidades de saúde do estudo, número estimado de pessoas com DM no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de usuários inscrito na Ação Programática da DM, proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática que consultaram com dentista, nos anos de 2019 e 2020, nas cinco unidades e na GSC, Porto Alegre, RS, 2022.

US	N ^{o1} 2019	N ^o inscritos ²	2019 (%) ³	N ^{o1} 2020	N ^o inscritos ²	2020 (%) ³	p-valor*; RR; Diferença (%)
US 1	886	569	32	916	556	9	<0,001; 72; 23%
US 2	593	347	49	612	342	16	<0,001; 68; 33%
US 3	246	169	41	257	171	25	0,002; 39; 16%
US 4	363	264	35	380	267	18	<0,001; 49; 17%
US 5	300	254	33	304	280	10	<0,001; 70; 23%
GSC	6102	4115	37	6118	4028	13	<0,001; 65; 24%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

*Valor p obtido pelo Teste qui-quadrado de Pearson.

¹ número estimado de usuários com DM no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática que consultaram com dentista nos anos de 2019 e 2020.

RR: risco relativo.

Na tabela 4, em relação aos usuários com DM inscritos na Ação Programática que consultaram com o dentista, houve diferença significativa nas unidades 1 ($p<0,001$), 2 ($p<0,004$), 3 ($p<0,002$), 4 ($p<0,001$), 5 ($p<0,001$) e na GSC ($p<0,001$), quanto a redução das consultas em 2020.

Tabela 5 - Unidades de saúde do estudo, número estimado de pessoas com DM no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, proporção de usuários com DM inscritos na ação programática, nos anos de 2019 e 2020 e diferença percentual entre os dois anos, Porto Alegre, RS, 2022.

US	N ^{o1} 2019	N ^o inscritos ²	2019 (%) ³	N ^{o1} 2020	N ^o inscritos ²	2020 (%) ³	Diferença (%)
US 1	886	569	64	916	556	61	- 3%
US 2	593	347	59	612	342	56	- 3%
US 3	246	169	69	257	171	67	- 2%
US 4	363	264	73	380	267	70	- 3%
US 5	300	254	85	304	280	92	+ 7%
GSC	6102	4115	67	6118	4028	66	- 1%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC2021).

Notas:

¹ número estimado de usuários com DM no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática em 2019 e 2020.

Na tabela 5, observa-se que houve queda do percentual de usuários com DM inscritos na Ação Programática, nas unidades 1, 2, 3, 4 e na GSC que variou entre -1% a -3%. Houve aumento do percentual de usuários com DM inscritos na Ação Programática apenas na unidade 5 (+7%).

Tabela 6 - Unidades de saúde do estudo, número estimado de pessoas com DM no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, proporção de usuários inscritos na Ação Programática DM com glicemia controlada, nos anos de 2019 e 2020 e diferença percentual entre os dois anos, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº ¹ 2019	Nº inscritos ²	2019 (%) ³	Nº ¹ 2020	Nº inscritos ²	2020 (%) ³	Diferença (%)
US 1	886	569	56	916	556	60	+4%
US 2	593	347	63	612	342	59	- 4%
US 3	246	169	37	257	171	54	+17%
US 4	363	264	48	380	267	48	0%
US 5	300	254	73	304	280	58	-15%
GSC	6102	4115	57	6118	4028	58	+1%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

¹ número estimado de usuários com DM no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com DM inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática com glicemia controlada em 2019 e 2020.

Na tabela 6, o indicador “Proporção de usuários com DM com glicemia controlada” apresentou aumento, em 2020, nas unidades 1 (4%), 3 (17%) e na GSC (1%). As demais unidades apresentaram queda nos percentuais em 2020, com variação da diferença de -1% até -15%. Devido a pouca variação entre os valores percentuais dos indicadores, não foram realizados testes estatísticos.

O indicador “Proporção de usuários com DM com consulta com enfermeiro” foi excluído da análise, visto que sua mensuração iniciou em novembro de 2019, não sendo possível comparar com o ano de 2020.

Nas tabelas 7 e 8, apresentam-se os dados relacionados aos usuários com HAS inscritos na Ação Programática. Devido a pouca variação entre os resultados percentuais dos indicadores nos dois anos, não foram realizados testes estatísticos.

Tabela 7- Unidades de saúde do estudo, número estimado de pessoas com HAS no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de inscritos na Ação Programática HAS, proporção de usuários inscritos na Ação Programática HAS, nos anos de 2019 e 2020 e diferença percentual entre os dois anos, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº ¹ 2019	Nº inscritos ²	2019 (%) ³	Nº ¹ 2020	Nº inscritos ²	2020 (%) ³	Diferença (%)
US 1	2.880	1.788	62	916	1.746	59	-3%
US 2	1.927	1.113	58	612	1.101	55	-3%
US 3	800	440	55	835	434	52	-3%
US 4	1.180	802	68	1.233	781	63	-5%
US 5	974	1.056	91	990	889	90	-1%
GSC	19.829	13.519	68	19.883	13.132	66	-2%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

¹ número estimado de usuários com HAS no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com HAS inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com HAS inscritos na Ação Programática em 2019 e 2020.

Quanto ao indicador “Proporção de usuários inscritos na ação programática HAS” observa-se que em 2020 houve redução do percentual, variação da diferença de -1% até -5%, de usuários com HAS inscritos na Ação Programática nas cinco unidades de saúde e na GSC,

Na Tabela 8 verifica-se que o indicador “Proporção de usuários com HAS com pressão arterial controlada” demonstrou variação percentual de -1% a -8%, em 2020, nas unidades 1, 2, 4, 5 e GSC. Entretanto na unidade 3 houve aumento no percentual de usuários com HAS com pressão arterial controlada (+18%).

Tabela 8 - Unidades de saúde do estudo, número estimado de pessoas com HAS no território da unidade para cálculo do indicador e percentual anual por indicador, número de usuários com HAS inscritos na Ação Programática, proporção de usuários com HAS inscritos na ação programática com PA controlada, nos anos de 2019 e 2020 e diferença percentual entre os dois anos, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº ¹ 2019	Nº inscritos ²	2019 (%) ³	Nº ¹ 2020	Nº inscritos ²	2020 (%) ³	Diferença (%)
US 1	2.880	1.788	77	916	1.746	76	-1%
US 2	1.927	1.113	67	612	1.101	59	-8%
US 3	800	440	48	257	434	66	+18%
US 4	1.180	802	74	380	781	71	-3%
US 5	974	1.056	79	304	889	75	-4%
GSC	19.829	13.519	75	6.118	13.132	73	-2%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

¹ número estimado de usuários com HAS no território, em 2019 e 2020.

² número de usuários com HAS inscritos na Ação Programática, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários com HAS inscritos na Ação Programática com PA controlada, em 2019 e 2020.

Em relação à Linha de Cuidado da Asma, os dados serão apresentados por US e da GSC. Na tabela 9 descreve-se a proporção de usuários com diagnóstico de asma inscritos na LC e com acompanhamento regular e na tabela 10, o número de internações por CSAPS-asma na população de 0-18 anos.

Tabela 9: Unidades de saúde do estudo, número de usuários de 0-15 anos cadastrados nas unidades de saúde, número de usuários de 0 <15 anos com asma cadastrados na Linha de Cuidado, percentual anual de usuários 0 <15 anos com diagnóstico de asma em acompanhamento regular, em 2019 e 2020, nas cinco unidades e na GSC, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº ¹ 2019	Nº casos ²	2019 (%) ³	Nº ¹ 2020	Nº casos ²	2020 (%) ³	p-valor*; RR; Diferença (%)
US 1	1.744	384	44	1.782	355	31	0,027; 30; 13%
US2	1.570	556	50	1.590	527	35	<0,001; 31; 15%
US 3	1.346	495	49	1.366	470	39	0,039; 21; 10%
US 4	987	310	39	1.054	283	30	0,180; 24; 9%
US 5	669	215	48	649	194	34	0,067; 30; 14%
GSC	12.454	3.313	52	12.422	3.080	40	<0,001; 23; 12%

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC 2021).

Notas:

*Valor p obtido pelo Teste qui-quadrado de Pearson.

¹ população de 0-15 anos cadastrada em cada unidade de saúde, em 2019 e 2020.

² número de usuários de 0-15 anos com diagnóstico de asma, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se à proporção de usuários 0-15 anos com diagnóstico de asma em acompanhamento regular, em 2019 e 2020.

RR: risco relativo.

Na tabela 9, o indicador proporção de usuários 0 <15 anos com diagnóstico de asma em acompanhamento regular apresentou diferença significativa, entre 2019 e 2020, nas unidades 1 ($p<0,027$), 2 ($p<0,001$), 3 ($p<0,039$) e na GSC ($p<0,001$), sendo que no ano de 2020 o acompanhamento regular desta população foi inferior ao ano de 2019.

Quanto ao indicador “Proporção de usuários com diagnóstico de asma (0<15 anos)”, em que é utilizada a fórmula: número de menores de 15 anos diagnosticados com asma dividido pelo número estimado de menores de 15 anos com asma (21% da população de 0-15 anos), diversas unidades apresentaram percentual maior de 100%, não sendo possível realizar análises estatísticas.

Tabela 10: Unidades de saúde do estudo, número de usuários de 0-18 anos cadastrados nas unidades de saúde, número de internações na população de 0-18 anos, número de internações por CSAPS – asma (0-18 anos), em 2019 e 2020, nas cinco unidades e na GSC, Porto Alegre, RS, 2022.

US	Nº pop. ¹	Nº total ²	2019 (Nº) ³	Nº pop. ¹	Nº total ²	2020 (Nº) ³	p-valor*; RR; Diferença
US 1	2640	67	6	2640	48	2	0,320; 54; 4
US2	2568	84	7	2568	56	2	0,260; 58; 5
US 3	1244	106	12	1244	52	4	0,477; 33; 8
US 4	1079	59	4	1079	40	2	0,716; 27; 2
US 5	1244	53	2	1244	25	1	1; 0,2; 1
GSC	22018	629	59	22018	432	20	<0,001; 67; 39

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados secundários dos Relatórios 2019 e 2020 (GHC 2020; GHC2021).

Notas:

*Valor p obtido pelo Teste exato de Fisher.

¹ população de 0-18 anos cadastrada em cada unidade de saúde, em 2019 e 2020.

² número de internações em usuários de 0-18 anos, em 2019 e 2020.

³ “2019 (%) e 2020 (%)” referem-se ao número de internações por condições sensíveis à APS (CSAPS) – asma, na população de 0-18 anos, em 2019 e 2020.

RR: risco relativo.

Na Tabela 10, observa-se que houve redução do número de internações por CSAPS – asma, na população de 0-15 anos, nas cinco unidades, porém houve diferença significativa apenas no conjunto das 12 unidades da GSC ($p<0,001$).

Discussão

A covid-19 provocou um problema de saúde pública mundial. Contudo, não foi apenas a doença em si que ocasionou dificuldades para a saúde da população, as alterações no funcionamento do sistema de saúde e na rotina dos serviços, em todos os níveis de atenção,

também significaram grande perda para a saúde pública, pois houve a interrupção da oferta de serviços e de ações programáticas essenciais para o cuidado em saúde, especialmente para as condições crônicas de saúde. Laboratórios tornaram-se responsáveis pela testagem para covid-19, profissionais foram realocados dentro do sistema de saúde, a entrada da população em serviços de saúde foi reduzida e a prestação de serviços para o cuidado de doenças crônicas foi reduzida e/ou paralisada. Nessa perspectiva, esse estudo buscou conhecer os impactos da pandemia da covid-19 na atenção à TB, DM, HAS e asma, em cinco unidades de APS, vinculadas a GSC-GHC, e os principais achados serão discutidos a seguir por linha de cuidado.

Linha de Cuidado da Tuberculose

No Brasil, a APS é responsável pelo acompanhamento de usuários com TB, porém, desde 2020, todos os esforços nas US foram voltados à contenção e controle da pandemia de covid-19. Consequentemente, a atenção às pessoas com TB foi impactada no serviço avaliado, apresentando, em 2020, uma significativa redução percentual de: 25% das notificações da doença, 20% dos desfechos de cura, 35% da identificação e 51% da investigação de contatos de caso de TB quando comparadas ao ano de 2019; ainda, houve aumento significativo do percentual de abandono do tratamento da TB de 17%, em 2020, quando comparado ao ano de 2019.

Estudo realizado na China também mostrou redução significativa nas notificações de casos de TB em 2020, quando comparado com os três anos anteriores. Além disso, 26,9% das pessoas em acompanhamento atrasaram ou faltaram às avaliações. Em relação aos distritos chineses avaliados, 75,2% realocou seus funcionários para atendimento à covid-19 (FEI et al., 2020). Resultados similares foram encontrados em estudo mundial com 37 centros de referência em TB, em que houve queda do número de casos em 84% dos centros. A Organização Pan-Americana de Saúde também alertou sobre a queda de 15% a 20% no número de novos diagnósticos em 2020 (OPAS, 2021).

No presente estudo, houve redução do percentual de cura e aumento do percentual de abandono do tratamento, assim como encontrado por Vilela et al. (2021), em Goiás. O estado apresentou queda de 12,77% na cura, aumento de 5,84% no abandono, além de aumento do número de mortes por TB em 6,94%. A OMS estima que 1,4 milhão de pessoas deixaram de receber tratamento adequado para a TB, em comparação com 2019, conforme dados preliminares compilados em mais de 80 países (FIOCRUZ, 2021).

Apesar de ser uma doença tratável, a TB segue com alta prevalência mundial e, mais do que nunca, são necessários esforços para retomar o cuidado e a busca das pessoas acometidas pela doença. Estudo de Hogan et al. (2020) buscou quantificar os danos aos serviços de TB em

países de baixa e média renda durante a pandemia. Foi estimado aumento de 20% no número de mortes por TB em cinco anos devido à redução dos diagnósticos e tratamentos em tempo oportuno. Além disso, a doença está relacionada a fatores socioeconômicos, como pobreza, habitação precária, insegurança alimentar, dificuldade em acessar o serviço de saúde (FIOCRUZ, 2021), HIV e tabagismo (WHO, 2020b), fatores que tendem a se agravar com o avanço da crise econômica em decorrência da crise sanitária ocasionada pela covid-19.

Mesmo com o aumento de SR nas unidades de saúde, devido à covid-19, pouco falou-se sobre diagnósticos diferenciais devido à emergência de saúde pública. Dessa maneira, os dados citados acima refletem a hipótese de casos de TB represados, bem como os contatos dos casos. Assim, estratégias devem ser redefinidas e retomadas para que se torne possível atingir a meta de eliminação da TB até 2030, como maior educação em saúde com a comunidade, educação permanente com as equipes de saúde, busca ativa dos SR e reestruturação dos serviços que são a porta de entrada para a atenção à doença.

Ação Programática da Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica

Devido ao risco de contaminação pelo Sars-Cov-2, uma das estratégias iniciais para conter a propagação do vírus foi o distanciamento social. Um dos principais objetivos foi proteger pessoas com condições crônicas de saúde que poderiam agravar o quadro clínico da covid-19, entre elas pessoas portadoras de DM e de HAS. Apesar de necessário, o isolamento também teve consequências para a saúde dessas pessoas, como redução da atividade física, alteração do padrão de alimentação e alterações psicológicas, fatores que podem impactar no controle das duas doenças (VERMA et al., 2020). No Brasil, o acesso ao acompanhamento regular de doenças crônicas foi prejudicado devido à necessidade de atendimento de SR com suspeição da covid-19. As prescrições de uso contínuo tiveram seu prazo de validade ampliado, a vigilância para avaliação dessas condições foi pausada e os usuários foram orientados a buscar os serviços de saúde apenas em casos de emergência.

Em relação ao indicador “proporção de pessoas >18 anos com DM inscritas na Ação Programática” verifica-se o aumento do percentual em uma das cinco unidades avaliadas (+7%), nas outras quatro unidades e na GSC houve queda do percentual de usuários com DM inscritos (variou entre -1% a -3%). Mas, o percentual de inscrições na Ação Programática não reflete o número de consultas realizadas pelo serviço. Considera-se importante uma avaliação mais aprofundada sobre o acompanhamento de pessoas com DM baseadas na avaliação do número de consultas realizadas nos anos de 2019 e 2020. Entretanto, a coleta dessa informação não foi prevista no estudo.

O indicador “Proporção de usuários com DM com glicemia controlada” apresentou

aumento, em 2020, em duas unidades (+4% e +17%) e na GSC (+1%). Nas outras três unidades houve queda nos percentuais em 2020 (-1% até -15%). Tanto o aumento quanto a queda, nesse caso, podem ser explicados pela implantação do sistema eletrônico de registro nas unidades de saúde da GSC-GHC, que ocorreu em 2020. Portanto, essa informação pode apresentar um viés no estudo, pois a forma de coleta do indicador estava passando por um período de transição no ano de 2020 não podendo ser comparadas.

No estudo realizado, houve redução da realização de exames de controle, como a hemoglobina glicada, utilizado no acompanhamento de pessoas com DM, em quatro das cinco unidades avaliadas, com redução significativa de até 24% na realização do exame em 2020, quando comparado com 2019. Em estudo brasileiro de Barone et al. (2020), até 40,88% de pessoas com DM avaliados em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, adiaram seus exames e consultas regulares. Além disso, em estudo com pessoas portadoras de DM tipo 1, realizado na Índia durante o *lockdown*, 36,5% dos avaliados apresentaram hiperglicemia, 15,3% hipoglicemia, 26,9% esqueceram de alguma dose de insulina, 36,5% não realizaram o controle da glicose com regularidade e 17,4% não cuidaram adequadamente da alimentação. Da mesma forma, a hemoglobina glicada, que era de 8,8%, antes da pandemia, aumentou para 10% durante a pandemia (VERMA et al., 2020).

Quanto ao indicador “proporção de diabéticos que realizaram HbA1c nos últimos seis meses”, um aspecto importante foi identificado no estudo e merece ser ressaltado, pois pode significar um viés de avaliação. A partir do final do ano de 2019, os usuários com DM adscritos às unidades de saúde da GSC-GHC passaram a ter a opção de realizar seus exames laboratoriais em outros serviços do município e não apenas no laboratório da instituição. Tendo em vista que, a coleta de dados desse indicador sempre foi realizada diretamente no laboratório da instituição e que não existe a possibilidade do profissional inserir manualmente no sistema de informação da GSC-GHC os resultados dos exames realizados em outros serviços, as pessoas com DM podem ter realizado os exames em outros laboratórios e esta informação não estar contabilizada. Portanto, a coleta de dados desse indicador precisará ser repensada pela GSC-GHC.

Em relação ao indicador “proporção de usuários com DM inscritos na Ação Programática com consulta com dentista” identificou-se que em 2020 houve redução de até 68% no percentual de acompanhamento e que essa diferença foi estatisticamente significativa na comparação com o ano de 2019. A avaliação bucal das pessoas com DM está relacionada à prevenção de infecções e diversas outras manifestações orais que podem deteriorar a condição do usuário (Barbosa; Guedes, 2022), como hipossalivação, xerostomia, infecções oportunistas, hipocalcificação do esmalte e doença periodontal (Damasceno, 2022).

Neste estudo foram avaliados apenas dois indicadores referentes à Ação Programática da HAS. O indicador relacionado aos inscritos que apresentou queda, em 2020, nas cinco

unidades e na GSC (-1% até -5%) e o indicador “Proporção de usuários com HAS com PA controlada” que teve o percentual reduzido, em 2020, em quatro unidades e na GSC (-1% a -8%,) e o aumento em uma unidade (+18%). Destaca-se que essa avaliação também tem risco de viés pela implantação do sistema eletrônico de registro nas unidades de saúde da GSC- GHC, citado anteriormente. A forma de coleta do dado, em 2020, estava passando por um período de transição. Além disso, a avaliação da PA é realizada na primeira avaliação do paciente, no momento da inscrição na AP, o que sugere desatualização do estágio da HAS de cada usuário.

A revisão da literatura aponta que o cuidado às pessoas com HAS ficou restrito apenas à renovação das prescrições dos medicamentos utilizados, sem novas consultas. Como consequência, aumentou-se a possibilidade de situações agudas, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (Almeida; Guimarães Neto, 2021). Além disso, o medo do contágio e a ansiedade em relação à covid-19 foram fatores que aumentaram os níveis pressóricos de pessoas idosas, assim como reduziram sua aderência ao uso da medicação (Ozcan; Avci, 2022). Apesar de a teleconsulta ser uma boa alternativa para atendimento à distância, principalmente para pessoas com HAS (Citoni et al., 2022), a tecnologia foi pouco utilizada nas unidades de saúde do serviço avaliado, para pessoas com condições crônicas de saúde, visto que os profissionais, em sua maioria, mantinham seu horário de trabalho voltado ao atendimento da demanda espontânea, de SR suspeitos de covid-19 ou para vigilância de pessoas com o diagnóstico da doença.

É urgente que as unidades de saúde retomem o cuidado aos usuários com DM e HAS, hoje com segurança devido à disponibilidade de vacinas e redução do número de casos e mortes por covid-19, de forma a retomar a investigação e diagnóstico de novos casos da doença e manter o acompanhamento necessário aos casos com diagnóstico estabelecido, especialmente o apoio ao autocuidado e supervisão do uso correto das medicações de modo a garantir os níveis pressóricos e de glicemia controlados, bem como evitar complicações.

Linha de Cuidado da Asma

A asma trata-se de uma doença prevalente entre crianças e adolescentes e é uma CSAPS, ou seja, se bem manejada, não necessita de internação ou atendimento hospitalar (GHC, 2021). Nas cinco unidades avaliadas, houve redução do percentual de internações e redução do percentual de inscritos na linha de cuidado com acompanhamento regular. O acompanhamento regular está diretamente relacionado ao número de consultas no período, o que sugere menos consultas em 2020, em comparação com 2019.

Tais resultados podem ser explicados pelas medidas de mitigação da covid-19, que reduziram o contato com gatilhos para crises de asma, como doenças virais, alérgenos, atividade

física e poluição do ar (Papadopoulos et al., 2021; Yang et al., 2021). Além disso, também podem ser explicados pelo medo da exposição à covid-19 nos ambientes hospitalares, assim como pelo uso adequado das medicações já prescritas para evitar visitas ao hospital (Yang et al., 2021).

Em relação ao indicador relacionado ao percentual de diagnóstico de asma, não foi possível realizar sua avaliação estatística, pois o percentual identificado nas unidades de saúde foi maior do que a estimativa de 100% dos casos, o que pode sugerir excesso de diagnósticos de asma ou estimativa de casos desatualizada na população menor de 14 anos. Estudo publicado em 2021 comparou a prevalência de asma nas regiões do Brasil e mostrou que há variação de 10,1% até 31,2%, sendo maior na região sul do país (Ramos; Martins; Castro, 2021).

Atualmente, com ampla cobertura vacinal no Brasil e após a redução das medidas de mitigação contra a covid-19, é necessário repensar as estratégias para a retomada da atenção às pessoas com asma, também levando em consideração a demanda reprimida relacionada a outras comorbidades. Apesar da importância da consulta presencial, a telemedicina, que teve seu uso ampliado durante a pandemia, pode ser uma alternativa para auxiliar no seguimento de pessoas com asma e no controle da doença, sendo considerada eficiente por diversos estudos (Trosini-Désert et al., 2020; Poowuttikul; Seth, 2020; Chongmelaxme et al., 2019).

Considerações finais

O presente estudo analisou e comparou os indicadores de algumas condições crônicas de saúde monitoradas pela GSC-GHC em suas unidades de saúde, no município de Porto Alegre, no ano de 2019 e 2020. Verificou-se que houve associação estatisticamente significativa, na maior parte dos indicadores relacionados à atenção à TB, DM, HAS, o que indica o risco para a piora da situação de saúde da população no território durante a pandemia.

Contudo, no processo de análise identificaram-se algumas limitações como inconsistências em relação às informações monitoradas em 2019 e 2020, que não permitiram a comparação dos dados, como por exemplo, a mudança na forma de coleta das informações relacionadas à HAS e DM devido a implantação do sistema de Prontuário Eletrônico nas unidades de saúde da GSC-GHC, a ampliação dos serviços disponíveis para a realização de exames laboratoriais, entre outros. Considera-se necessário que a GSC-GHC repense a forma de coleta de informações para mensuração de alguns indicadores, de forma a se tornarem mais fidedignos à realidade. O indicador “proporção de usuários inscritos no programa da DM que realizaram HB1Ac nos últimos seis meses” necessita de ajustes através da inserção de campo específico no sistema de informação para preenchimento pelos profissionais desta informação, visto que os usuários também realizam este exame em laboratórios externos à instituição. Para

acompanhamento dos usuários com DM, sugere-se a criação de um indicador referente à data da última consulta, de forma a melhorar a vigilância de seu quadro clínico, conforme a estratificação de risco. Da mesma forma, tal sugestão também seria adequada para os usuários com HAS, para verificar a data em que foi realizada a última consulta e, ainda, se o usuário teve pelo menos uma consulta no ano, indo além do cadastramento realizado no momento do diagnóstico. Em relação ao indicador “Proporção de usuários entre zero e 15 anos com diagnóstico de asma”, faz-se necessário revisar a estimativa de casos na população para os valores encontrados atualmente nos estudos, sendo mais fidedigno à realidade da cidade, bem como verificar porque determinadas unidades tem mais de 100% da estimativa de casos da doença.

A organização das unidades de APS tem papel fundamental na articulação das ações em saúde nos territórios para continuar cuidando das pessoas com outros problemas de saúde, além da covid-19. Reorganizar os processos de trabalho e os fluxos das ações, dentro e fora da unidade, é fundamental e precisa do apoio da gestão. Às(aos) trabalhadoras(es) devem ser garantidas as condições de trabalho e os recursos físicos, materiais e humanos necessários para prestação do cuidado. É essencial que a gestão dos serviços promova a estrutura adequada para que as equipes retomem a vigilância e o monitoramento em saúde e possam disponibilizar horários na agenda para realizar as atividades previstas nas ações programáticas e linhas de cuidado deste serviço, seja através da intensificação de campanhas ou busca ativa de usuários com condições crônicas de saúde que ficaram desassistidos por um longo período.

Referências

- ALMEIDA, T.A.; GUIMARÃES NETO, M.C. O Hiperdia no contexto da pandemia da covid-19. **J. of Multiprofessional Health Research**, v. 2, n. 1, p. 47-57, 2021. Disponível em: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/10/17>. Acesso em: 06 ago.2021.
- BARBOSA, A.P.; RICACHENEISKY, L.F; DAUDT, C. Prevenção e rastreamento de neoplasias femininas: mama e colo do útero. **Acta Médica**, v. 39, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://editora.pucrs.br/edipucrs/acesolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018/2/arquivos/pdf/31.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.
- BARBOSA, E.F.; GUEDES, C.C.F.V. Atendimento odontológico de pacientes portadores de diabetes mellitus: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. 1-9, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28967/25164>>. Acesso em: 27 set. 2022.
- BARNES, J.A. et al. Epidemiology and Risk of Amputation in Patients With Diabetes Mellitus and Peripheral Artery Disease. **ArteriosclerThrombVasc Biol.**, v. 40, n. 8, p. 1808-1817, 2020. Disponível em: <doi: 10.1161/ATVBAHA.120.314595>. Acesso em: 10 set. 2021.

BARONE, U. et al. Decentralized COVID-19 measures in Brazil were ineffective to protect people with diabetes. **Diabetes Metab. Syndr.**, v. 14, n. 6, p. 1973-1978, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1059519>>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. 2022. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 251**, de 07 de agosto de 1997. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0251_07_08_1997.html>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 14 nov. 2022.

CHONGMELAXME, B. et al. The Effects of Telemedicine on Asthma Control and Patients' Quality of Life in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. **J AllergyClinImmunolPract.**, v. 7, n. 1, p. 199-216, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jaip. 2018.07.015>. Acesso em: 12 out. 2022.

CITONI, B. et al. Home Blood Pressure and Telemedicine: A Modern Approach for Managing Hypertension During and After COVID-19 Pandemic. **High Blood Press CardiovascPrev**, v. 29, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <doi: 10.1007/s40292-021-00492-4>. Acesso em: 02 out. 2022.

DAMASCENO, E.S.S. **Manifestações bucais e conduta odontológica em indivíduos com diabetes mellitus**: revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em odontologia) - UNIMAM. Governador Mangabeira, BA, p. 42. 2022.

FEI, H. et al. The impact of the COVID-19 epidemic on tuberculosis control in China. **Lancet**, v. 3, n. 100032, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100032>>. Acesso em: 24 set. 2022.

FIOCRUZ. Informe Ensp. **Pandemia limita ações para a erradicação da tuberculose**. Portal Fiocruz, 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-limita-acoes-para-erradicacao-da-tuberculose>>. Acesso em: 30 set. 2022.

GAO, Y.D. et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. **Allergy**, v. 76, n. 2, p. 428-455, 2021. Disponível em: <doi:10.1111/all.14657>. Acesso em: 07 set. 2021.

GOIS-SANTOS, V.T. et al. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2020, v. 66, n. 7, p. 876-879. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.876>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000. 180 p.

GOMES, C.B; SOUZA, A.C.G; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>>. Acesso em: 05 set. 2021.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. **Indicadores de Saúde**: relatório anual 2020. Porto Alegre, 2021.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. **Indicadores de Saúde**: relatório anual 2019. Porto Alegre, 2020.

HOGAN, A.B. et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **Lancet**, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30288-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30288-6)>. Acesso em: 30 set. 2022.

JAIN, V.K. et al. Tuberculosis in the era of COVID-19 in India. **DiabetesMetabSyndr.**, v. 14, n. 5, p. 1439-1443, 2020. Disponível em: <[doi:10.1016/j.dsx.2020.07.034](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.034)>. Acesso em: 07 set. 2021.

KIBEL, A. et al. Coronary microvascular dysfunction in diabetes mellitus. **J IntMed Res.**, v. 45, n. 6, p. 1901-1929, 2017. Disponível em: <[doi: 10.1177/0300060516675504](https://doi.org/10.1177/0300060516675504)>. Acesso em: 07 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: OPAS; 2011. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>>. Acesso em: 04 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Diagnóstico de novos casos de tuberculose caiu entre 15% e 20% nas Américas em 2020 devido à pandemia**. Washington, DC: OPAS; 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2021-diagnostico-novos-casos-tuberculose-caiu-entre-15-e-20-nas-americas-em-2020>>. Acesso em: 24 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Indicadores de saúde**. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>>. Acesso em: 24 out. 2021.

OZCAN, A.; AVCI, I.A. The influence of the pandemic on fear of contagion, blood pressure management and adherence to medication in hypertensive older adults in Turkey. **JHumHypertens**, v. 36, n. 9, p. 852-859, 2022. Disponível em: <[doi: 10.1038/s41371-022-00726-5](https://doi.org/10.1038/s41371-022-00726-5)>. Acesso em: 01 out. 2022.

PAPADOPOULOS, N.G. et al. Childhood asthma outcomes during the COVID-19 pandemic: Findings from the PeARL multi-national cohort. **Allergy**, v. 7, n. 6, p. 1765-1775, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/all.14787>>. Acesso em: 02 out. 2022.

POOWUTTIKUL, P.; SETH, D. New Concepts and Technological Resources in Patient Education and Asthma Self-Management. **ClinRevAllergyImmunol**, v. 59, n. 1, p. 19-37, 2020. Disponível em: <[doi: 10.1007/s12016-020-08782-w](https://doi.org/10.1007/s12016-020-08782-w)>. Acesso em: 12 out. 2022.

RAMOS, B.G.; MARTINS, T.B.D.; CASTRO, M.E.P.C. Prevalência da asma nas regiões do Brasil: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11341-11359, 2021. Disponível em: <[doi:10.34119/bjhrv4n3-133](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-133)>. Acesso em: 11 out. 2022.

- RIBEIRO-SILVA R.C. et al. Tendência da asma na adolescência no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180017.supl.1>> Acesso em: 15 out. 2022.
- ROTHER, T. et al. Diagnosis and Management of Asthma – The SwissGuidelines. **Respiration**, v. 95, p. 364-380, 2018. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Pdf/486797>>. Acesso em: 05 ago. 2021.
- TROSINI-DÉSSERT, V. et al. A Telemedicine Intervention to Ensure the Correct Usage of Inhaler Devices. **Telemed J E Health**, v. 26, n. 11, p. 1336-1344, 2020. Disponível em: <[doi:10.1089/tmj.2019.0246](https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0246)>. Acesso em: 12 out. 2022.
- VERMA, A. et al. Impact of lockdown in COVID 19 on glycemic control in patients with type 1 Diabetes Mellitus. **DiabetesMetab. Syndr.**, v. 14, n. 5, p. 1213-1216, 2020. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.dsx.2020.07.016](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.016)>. Acesso em: 26 set. 2022.
- VILELA, A.F.R et al. Prevalência e desfecho da tuberculose no estado de Goiás. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19869/17827>>. Acesso em: 25 set. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Histórico da pandemia de covid-19**. 2020a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Operational handbook on tuberculosis (module 1 - prevention)**: tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization, 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002906>>. Acesso em: 25 set. 2022.
- YANG, Z. et al. Pediatric asthma control during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **PediatricPulmonology**, v. 57, n. 1, p. 20-25, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/ppul.25736>>. Acesso em: 10 out. 2022.

Saúde bucal na Atenção Primária em tempos de covid-19: percepção do usuário sobre o cuidado recebido em duas unidades de saúde

Nicole Costa de Goes, Caren Bavaresco

Resumo

O presente estudo objetivou avaliar o impacto das restrições de consultas eletivas na saúde bucal dos usuários em duas unidades de saúde localizadas no município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com a técnica de entrevistas individuais semiestruturadas em usuários de ambas unidades. Foram coletadas entrevistas com 130 participantes durante os meses de abril a setembro de 2021, e os dados foram reunidos e codificados em um banco de dados, por meio do programa Excel 2016, e foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences (IBM-SPSS, v.20). Dos entrevistados, 70 (53.9%) usuários relataram que procuraram atendimento odontológico durante a pandemia, 56% motivados por quadros clínicos de urgência e 44% por motivos eletivos. Sobre as urgências, 87% relataram que tiveram sua demanda atendida, sendo que 56% dos casos tiveram resolução imediata na unidade, 3% foram encaminhados de imediato e 28% foram encaminhados com tempo de espera. Quanto à pergunta de caráter aberto, as respostas foram analisadas por meio de análise de conteúdo, emergindo em três categorias temáticas: 1- satisfação com o cuidado da APS; 2- compreensão do momento pandêmico, porém com demandas de cuidado da APS que não foram atendidas; 3- insatisfações quanto às medidas tomadas para o enfrentamento da pandemia. Entre as categorias temáticas, 65 usuários (60%) se enquadraram na categoria 1 e opinaram a favor das medidas restritivas que ocorreram durante a pandemia. Conclui-se que os atendimentos de urgência, seguindo a sua lógica curativista, se mostraram resolutivos para 87% dos usuários entrevistados. Poucos casos eletivos (19%) conseguiram ser acolhidos e atendidos, todavia vale ressaltar que as equipes de saúde bucal estão enfrentando grandes desafios que deixarão impactos profundos após a pandemia de covid-19. Será de suma importância um planejamento eficiente para a retomada segura de suas atividades, visando minimizar as sequelas deixadas por esse período. As contribuições aqui apresentadas visam enriquecer a literatura nacional acerca da temática, ainda escassa nas bases bibliográficas.

Palavras-chave: covid-19; coronavírus; odontologia; Atenção Básica; epidemia.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, pandemias são definidas como a disseminação mundial de uma nova doença, sendo o termo utilizado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Originada em Wuhan, China, o primeiro caso de covid-19 foi relatado ao escritório da OMS (Organização Mundial da Saúde) em 31 de dezembro de 2019. Um surto de síndrome respiratória aguda grave, causada por uma nova cepa de coronavírus, rapidamente se espalhou para outros países. Em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou emergência em saúde pública e em 11 de março de 2020 decretou uma pandemia dessa doença.

Até 15 de outubro de 2021, quase 2 anos após o primeiro caso relatado, 239.724.010 casos de covid-19 foram relatados em todo o mundo, resultando em 4.884.145 mortes oficiais. (John Hopkins University, 2021) De acordo com Zylke e Baucher (2020), a morte, que deveria

ser uma medida precisa da evolução e dos efeitos da pandemia, provavelmente tem seus números subestimados, além de as estatísticas não incorporarem as mortes indiretamente atribuíveis ao vírus e as medidas usadas para contê-lo, no início da pandemia, as pessoas que morreram de covid-19 podem não ter sido reconhecidas devido ao conhecimento inadequado da infecção ou à falta de disponibilidade de testes.

As principais vias de transmissão do 2019-nCoV incluem transmissão direta através de tosse, espirro e perdigotos, além de transmissão por contato com mucosa oral, nasal e dos olhos, sendo verificado que o vírus pode ser transmitido de pessoa para pessoa através de contato direto ou indireto, de fluidos e saliva (Peng et al., 2020).

Devido às características únicas dos procedimentos odontológicos, que incluem geração de aerossol por uso de instrumentos de alta rotação ou ultrassônicos, sprays de água, manuseio de perfurocortantes e proximidade do provedor com a região orofaríngea do paciente, as medidas de proteção padrão no trabalho clínico diário não são suficientes para prevenir a disseminação de covid-19, especialmente quando os pacientes estão no período de incubação ou optam por ocultar a infecção (Ather et al., 2020; Meng; Hua; Bian, 2020). Aerossóis finos gerados por equipamento odontológico de alta velocidade consistem em gotículas de umidade e detritos, geralmente 5 microns ou menos de diâmetro, que contaminam o ar instantaneamente e podem permanecer suspensos.

O estudo de Rauteman et al. (2006) sobre contaminação das salas, quando usados instrumentos de alta velocidade, mostrou que a área que se contamina durante os procedimentos odontológicos abrange praticamente toda a sala, assim apenas os itens necessários para o tratamento contínuo devem ser colocados nas superfícies de trabalho. A desinfecção de pacientes deve ser facilitada ao máximo e deve se estender a todas as áreas contaminadas.

Vários meios foram investigados para prevenir ou reduzir aerossóis bacterianos durante o tratamento dentário. Isso inclui o uso de um dique de borracha, que se mostrou altamente significativo na redução da contaminação da atmosfera, e aplicação de enxágue bucal anti-séptico antes do tratamento (Samaranayake et al., 1989; Rautemaa et al., 2006). No entanto, na prática, é impossível eliminar totalmente os aerossóis bacterianos durante o tratamento odontológico (Rautemaa et al., 2006b).

Estudos apontam que materiais e procedimentos odontológicos podem ser foco de contaminação e propagação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) durante o atendimento odontológico. Esse quadro representa não somente risco à equipe executante como também uma possível contaminação de pessoas que não tiveram contato direto com o paciente infectado pela covid-19 devido à propagação de fluidos pelo ar que contaminam o ambiente e as superfícies inertes (Peng et al., 2020; Rautemaa et al., 2006). Existem apontamentos também relacionados à inadequada descontaminação dos ambientes e esterilização dos instrumentais,

que podem contribuir para uma contaminação cruzada e culminar em aumento potencial da disseminação do vírus. Este momento proporcionou mudanças na Odontologia, ocasionando uma alteração expressiva na forma de atendimento e da rotina dos consultórios odontológicos (Francom et al., 2020).

Em resposta à pandemia e as produções científicas até o momento, a OMS orientou que cuidados de saúde bucal não essenciais de rotina fossem adiados até que houvesse redução nas taxas de transmissão covid-19 de acordo com as recomendações a nível nacional, subnacional ou local (World Health Organization, 2020).

Em março de 2020 o Ministério da Saúde, seguindo as orientações do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a Anvisa, lançou a Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, orientando a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se o atendimento das urgências odontológicas nos estabelecimentos públicos. Foi reforçada a necessidade de os profissionais de saúde utilizarem os equipamentos de proteção individual (EPI) adequados conforme as orientações da Anvisa (Brasil. Ministério da Saúde. 2020b). A referida Nota Técnica trata de orientações sobre biossegurança na assistência à saúde, inclusive no tocante aos atendimentos odontológicos, descontaminação de ambientes, entre outros.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), recomendou-se a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e a manutenção somente dos atendimentos das urgências odontológicas, orientando os profissionais das equipes de Saúde Bucal que não estivessem envolvidos com o atendimento das urgências odontológicas a colaborarem com as ações do Fast Track Covid-19. Quanto às atividades coletivas relacionadas à saúde bucal, com vistas a evitar aglomerações e ações que pudessem contribuir para a propagação do vírus, foram postergadas.

Dentro do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em reunião do Gabinete de Crise do GHC realizada em 17 de março de 2020, foi decidida a suspensão do atendimento odontológico nas unidades de saúde, seguida pela discussão de um plano de contingência utilizando o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A) para atender as situações de urgência odontológicas.

O Manual de Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico covid-19, seguindo as orientações da American Dental Association (ADA) traz algumas orientações sobre quais procedimentos tratar como atendimento de urgência ou eletivo (figura 1).

Figura 1. Tabela de Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico covid-19

TIPOS DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (ADA, 2020)	
URGÊNCIA	ELETIVO
• Pulpite irreversível; • Pericoronite; • Osteite pós-operatória cirúrgica ou troca de curativos de cavidade seca; • Abscesso ou infecção bacteriana localizada, resultando em dor e inchaço localizados; • Fratura de dente resultando em dor ou causando trauma nos tecidos moles. • Trauma dentário com avulsão / luxação. • Confeção de restauração temporária caso a restauração for perdida, quebrada ou esteja causando irritação gengival. • Cárie extensa ou restaurações defeituosas que causam dor; • Remoção de suturas; • Ajustes da dentadura em pacientes em radiação / tratamento oncológico; • Mucosites; • Ajustes ou reparos da dentadura quando a função é impedida; • Substituição do preenchimento temporário nas aberturas de acesso endodôntico em pacientes com dor; • Corte ou ajustes de um fio ou aparelhos ortodônticos que perfuram ou ulceram a mucosa bucal.	• Exames odontológico inicial ou de manutenção; • Radiografias de rotina; • Profilaxias dentárias; • Terapia periodontal rotina; • Procedimentos ortodônticos diferentes daqueles para tratar de problemas agudos (por exemplo, dor, infecção, trauma); • Extração de dentes assintomáticos; • Dentística restauradora, incluindo tratamento de lesões cáries assintomáticas; • Procedimentos odontológicos estéticos.

Fonte: Manual de Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico COVID-19, 2020.

Essas providências tomadas para proteção do profissional e usuários dos serviços de saúde também terão impacto nos indicadores desses serviços, como por exemplo, indicadores de acesso e resolutividade, além de contribuir para um aumento na demanda reprimida. (Benzian; Niederman, 2020).

Visto que a APS é uma das portas de entrada da rede, o governo estimou que 80% dos casos fossem atendidos na APS, levando a um expressivo aumento de pessoas procurando assistência neste nível de atenção à saúde (De Lorena Sobrinho et al., 2020). O programa lançado pelos ministérios da Saúde e Educação, “O Brasil Conta Comigo”, disponibilizou protocolos de manejo clínico do coronavírus (covid-19) no cenário das unidades básicas de saúde (UBS), mas não fez abordagens específicas por categoria profissional, sem citação para o novo formato de trabalho dos dentistas de família (Brasil. Ministério da Saúde. 2020b; Carletto; Santos, 2020).

O alto risco de transmissão da covid-19 fez com que muitas áreas da saúde comesçassem a readequar protocolos de biossegurança. Devido ao contato por via oral e com aerossóis, os profissionais de Odontologia encontram-se como o grupo de risco mais vulnerável para a covid-19. Como orientação, o Ministério da Saúde (MS) publicou o documento “Atendimento odontológico no SUS”, em março de 2020, onde a equipe bucal foi

incluída como equipe de triagem e classificação dos usuários suspeitos de estarem infectados pelo vírus junto às equipes, inclusive, por meio do “fast track Covid-19” (Carletto; Santos, 2020; Costa et al., 2020; De Moura Batista; De Medeiros Tormes, 2020).

As 12 unidades de saúde geridas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tinham em sua maioria a infraestrutura formada por consultórios odontológicos coletivos, que de acordo com o “Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da covid” trazem riscos ampliados de uma contaminação cruzada associada aos aerossóis produzidos durante o atendimento simultâneo. Assim, a primeira iniciativa da gerência da APS foi cancelar os estágios de graduação e remover os atendimentos odontológicos com aerossóis das unidades de saúde, levando os cirurgiões-dentistas da APS e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), com menos de 60 anos, a se organizarem por escala em um local com consultórios odontológicos individuais e mais acesso aos EPI’s.

O local indicado para os atendimentos com uso de aerossóis de março a agosto de 2020 foi o CEO-GHC, localizado dentro do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). A partir de setembro de 2020, o CEO-GHC retornou com os atendimentos especializados, e a APS se organizou com 3 unidades de referência que contavam com consultórios odontológicos individuais, seguindo o mesmo esquema de escalas.

Foi somente em julho de 2021 que as reformas recomendadas pelo governo, inserindo entre os equipos divisórias até a altura do teto, de material liso, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção, ocorreram em todas as unidades.

Frente à escassez de trabalhos e aos dados limitados referente aos desdobramentos tanto na saúde bucal do usuário quanto no vínculo, faz-se necessário conhecer as percepções do usuário quanto aos impactos da pandemia. Diante disso, este estudo tem por objetivo avaliar o impacto das restrições de consultas eletivas na saúde bucal dos usuários do território adstrito da Unidade de Saúde SESC e Unidade de Saúde Coinma do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Métodos

Delineamento do estudo

O presente estudo consiste em um análise transversal descritivo. O estudo foi realizado no território de duas unidades básicas de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Unidade de Saúde SESC e Unidade de Saúde Coinma, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizadas no município de Porto Alegre/RS.

Foram realizadas 130 entrevistas com usuários de ambas as unidades que usufruem do

atendimento odontológico ofertado pela unidade de saúde. Conforme Informativo mensal de agosto do SSC-GHC, as populações Unidade de Saúde SESC e Unidade de Saúde Coinma têm os números de usuários cadastrados parecidos, 5680 e 5383 respectivamente, porém na Unidade de Saúde SESC o perfil de usuário são adultos jovens, na faixa etária de 20 -35 anos, já a Unidade de Saúde Coinma possui um perfil de usuários que aumenta a partir da faixa etária de 40 anos.

Critérios de inclusão

- Usuários cadastrados nas unidades de saúde Coinma e SESC.
- Maiores de 18 anos devido a maioridade civil e penal.

Critérios de exclusão

- Usuários que não puderem responder por si.
- Usuários que não têm o posto como referência em atendimento odontológico.

Procedimentos de coleta de dados

Foi realizada a técnica de entrevistas individuais semiestruturadas com usuários da sala de espera que aceitaram participar da pesquisa. Todos os pacientes atendidos nos turnos da manhã e da tarde sem sintomas respiratórios tornaram-se elegíveis para pesquisa, através de amostragem por conveniência. As entrevistas ocorreram em uma sala previamente reservada em ambas unidades em turnos definidos no período de abril a agosto de 2021.

O questionário foi constituído por perguntas curtas e simples, a grande maioria comportando categorias pré-estabelecidas de respostas. As perguntas do questionário abordaram em particular: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, unidade de referência), b) estado de saúde c), frequência de escovação, d) procura de atendimento odontológico (tempo de espera antes de procurar unidade, como foi recebido na unidade, resolução do problema), e) entendimento quanto à suspensão de atendimentos eletivos.

Para testar a adequação dos instrumentos e procedimentos contidos no método, com vistas a possibilitar adaptações para a coleta de dados definitiva, foi realizado um Estudo Piloto com 10 usuários de cada unidade e foram readequadas algumas perguntas do questionário.

Processamento dos dados e análise estatística

A partir do roteiro com as questões norteadoras, os dados foram reunidos e codificados em um banco de dados, por meio do programa Excel 2016, e foram analisados no software

Statistical Package for Social Sciences (IBM-SPSS, v.20). Foi realizada a análise descritiva, considerando frequências absolutas e relativas. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média $\pm$ desvio padrão.

Quanto à última pergunta de caráter aberto, foram analisadas as opiniões, tendo em vista os consensos gerados nas entrevistas individuais, as diferentes respostas foram agrupadas em categorias discursivas de acordo com a regularidade que determinados elementos apareceram e se repetiram nas discussões.

Aspectos éticos, riscos e benefícios

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC sob registro na Plataforma Brasil: CAAE 42778921.3.0000.5530. Foram seguidos todos os pressupostos éticos das Resoluções CNS/CONEP n. 466/12 e 510/16.

Os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o intuito de obter a autorização para a realização do presente estudo. Os participantes envolvidos no estudo foram submetidos a riscos mínimos de desconfortos emocionais inerentes às respostas do questionário, tendo liberdade de interromper ou desistir da participação a qualquer momento e contando com suporte de cuidados na equipe de saúde, se necessário.

Resultado

Foram coletadas entrevistas com 130 participantes, sendo 76 usuários da Unidade de Saúde SESC e 54 usuários da Unidade de Saúde Coimma (tabela 1) durante os meses de abril a setembro de 2021. Todos os participantes confirmaram ter a equipe das unidades como principal referência para saúde bucal.

Analisando o perfil sociodemográfico (tabela 1) dos indivíduos, foram consideradas as variáveis: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, ocupação. Observa-se que houve um predomínio de participantes do sexo feminino, sendo a amostra composta por 65% de mulheres e 35% de homens. A média de idade dos entrevistados foi de 46 anos e mediana de 45 anos, com idade mínima de 18 anos e idade máxima de 87 anos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de duas unidades de saúde de Porto Alegre.

VARIÁVEIS	n	%
Unidade		
SESC	76	58%
COINMA	54	42%
Sexo		
Feminino	85	65%
Masculino	45	35%
Idade		
< 30	31	23,8%
30-49	43	33,1%
50-69	41	31,5%
70-87	15	11,5%
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	22	17%
Ensino Fundamental completo	19	15%
Ensino Médio incompleto	11	8%
Ensino Médio completo	57	44%
Ensino Técnico	9	7%
Graduação incompleta	9	7%
Graduação completa	3	2%
Estado Civil		
Solteiro	67	52%
Casado	46	35%
Divorciado	10	8%
Viúvo	7	5%

Fonte: Autora. Porto Alegre, 2021

No que diz respeito ao estado civil, 51,5% se consideravam solteiros, e sobre a escolaridade dos entrevistados tem-se que 6,9% não concluíram o ensino fundamental, 24,6% completaram o ensino médio. Sobre a ocupação 84,1% estão empregados, 5,3% são aposentados, 5,3% contam com auxílio doença/desemprego, 5,3% estão desempregados/ sem auxílio.

Na segunda etapa do questionário, foi analisado o perfil de saúde e de saúde bucal dos entrevistados. Dentre os participantes, 50,76% apresentava pelo menos uma doença crônica, sendo que a doença que mais apareceu foi hipertensão em 34,6% dos usuários.

Sobre a pandemia, 28,5% dos entrevistados positivamente para covid-19 e 44,6% foram expostos ao vírus por algum familiar (morador da mesma casa ou que encontrava com frequência) que positivou para covid-19, sendo em 10% dos casos o cônjuge que positivou.

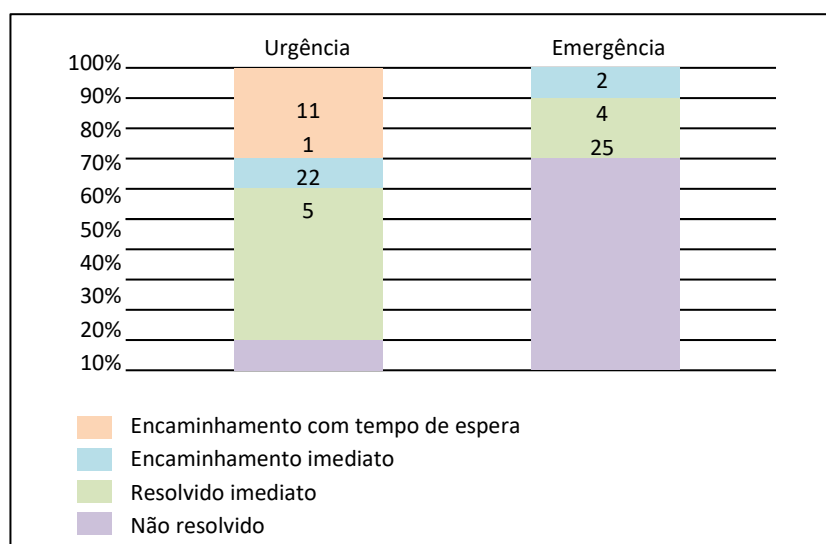
Ao serem indagados sobre a higiene bucal, 77 usuários realizam escovação diárias por 3 ou mais vezes ao dia e apenas 5 pessoas relatam escovar 1 ou nenhuma vez ao dia. A terceira etapa do questionário está relacionada à experiência do usuário ao procurar a unidade com uma demanda odontológica. Dos entrevistados, 70 (53,9%) usuários relataram que procuraram atendimento odontológico durante a pandemia e 60 (46,1%) usuários não procuraram a unidade. Dentre aqueles que não procuraram atendimento, 4 usuários relataram ter episódios de dor dentária, mas preferiram se automedicar por medo de frequentar o serviço.

Entre os 70 usuários que afirmaram procurar atendimento, 39 (56%) relataram que foram motivados por quadros clínicos de urgência, sendo que todos confirmaram passar pela

triagem protocolo das unidades de saúde do GHC. Sobre as urgências, 87% relataram que tiveram sua demanda atendida, sendo que 56% dos casos tiveram resolução imediata na unidade, 3% foram encaminhados de imediato e 28% foram encaminhados com tempo de espera (gráfico 1). Nos 5 casos de urgência (13%) que não conseguiram atendimento ao procurarem o serviço, 3 deles afirmaram que não havia um cirurgião dentista no turno em que procuraram e os outros 2 casos foram acolhidos pela equipe de saúde bucal, mas não conseguiram esperar até a sua vez entre as urgências e procuraram um atendimento em clínica particular.

Já entre os casos eletivos, dos 31 usuários que procuraram o serviço, apenas 19% tiveram sua queixa solucionada e os demais usuários foram orientados a retornar após um controle eficaz da pandemia e diminuição das restrições.

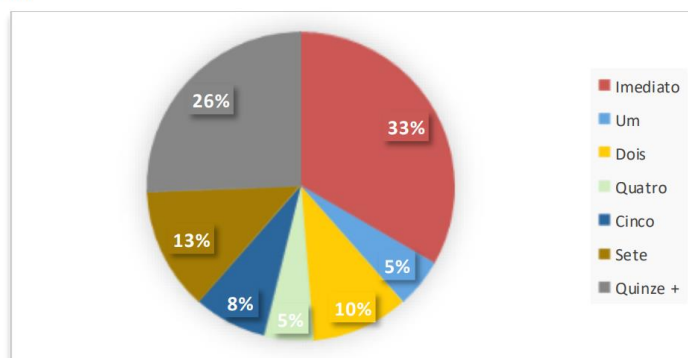
Gráfico 1. Motivo da procura por atendimento odontológico e seus desdobramentos.



Fonte: Autora. Porto Alegre, 2021

Nos 39 casos de urgência, foi indagado aos usuários sobre o tempo que esperaram desde a intercorrência ou desconforto até a procura por uma opinião profissional na unidade. Como resposta, 13 (33%) pessoas procuraram a unidade no mesmo dia da intercorrência e 10 (26%) esperaram quinze dias ou mais antes de ir à unidade de saúde.

Gráfico 2. Tempo de espera para procurar atendimento nos casos de urgência



Fonte: Autora. Porto Alegre, 2021

A última pergunta do questionário foi de caráter aberto, sendo as respostas analisadas por meio de análise de conteúdo, modalidade temática. Obtiveram-se 108 respostas, e o conteúdo das falas emergiu em três **categorias temáticas**: 1) satisfação com o cuidado da APS; 2) compreensão do momento pandêmico, porém com demandas de cuidado da APS que não foram atendidas; 3) insatisfações quanto às medidas tomadas para o enfrentamento da pandemia.

Este estudo corrobora vários achados na literatura evidenciando a satisfação do usuário com os serviços ofertados na rede pública de saúde, 65 usuários (60%) opinaram a favor das medidas restritivas que ocorreram durante a pandemia

“[...] entendo o momento e sei que quando precisar posso contar com o posto [...]”

“[...] os profissionais precisam ser protegidos para poder proteger o próximo.”

“[...] entendo a demanda está alta e os profissionais tentam fazer o melhor [...]”

Já 27 usuários (25%) entendem o momento pandêmico, porém têm algumas críticas sobre demandas não atendidas, ter que procurar outros serviços (UPA/ clínicas particulares) ou o aumento no tempo de espera para as consultas encaminhadas aos centros de especialidade odontológica.

“[...]gostaria que os atendimentos retornassem pois o posto é minha única referência para os atendimentos e necessito de acompanhamento devido a diabetes.”

“Entendo a situação da pandemia, mas os atendimentos da odontologia são de suma importância e precisam ser mais efetivos[...] Esse atendimento é caro e precisa ser oferecido nas unidades de saúde”

“Quando vim ao posto consegui atendimento, mas acho complicado a falta da continuidade do tratamento [...]”

“[...] vejo que os profissionais estão retomando, mas o posto passou por um momento de muita restrição [...] me sinto mais afastado deste lugar”

E da terceira categoria, insatisfação quanto às medidas tomadas para o enfrentamento da pandemia, obteve-se 16 respostas (15%).

“Deveriam retornar com segurança e estar buscando novas alternativas para atender [...]”

“[...] a reforma na unidade demorou demais e nos prejudicou a retirada de uma cadeira odontológica. [...]”

“[...] é muito difícil ter acesso aos outros serviços pela questão financeira [...] O bom seria expandir, ampliar, não restringir o atendimento.”

“Muito ruim, meu filho está com manchas nos dentes, o que prejudica seu retorno para a escola”

Discussão

Devido às características únicas dos procedimentos odontológicos, foi orientado em todo país a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se o atendimento das urgências odontológicas nos estabelecimentos públicos. A suspensão foi necessária para reorganização das unidades, uma vez que a equipe de saúde bucal sempre esteve mais exposta aos aerossóis, principal rota de transmissão do vírus. Os resultados mostraram altas taxas de exposição ao vírus pelos frequentadores das unidades, com casos positivos de 44,6% em familiares e 28,5% no próprio usuário. Mesmo restringindo o uso de instrumentos manuais, o dentista está, invariavelmente, em contato com a saliva, responsável por boa parte das infecções (Carrer et al.2020 e Meng et al. 2020).

As unidades de saúde avaliadas neste estudo passaram 15 meses com restrição para o uso de aerossol, com a equipe de saúde bucal (CD e TSB) se deslocando um ou dois turnos a outro local para atender seus usuários. Apesar de todas essas dificuldades, os dados indicam que foi possível manejar 87% dos atendimentos de urgência, mostrando o grande esforço das equipes. Mesmo entre os 3 casos não que não foram acolhidos por falta de profissional no turno, os mesmos receberam orientações dos locais que poderiam acessar.

Foram atendidos de imediato na unidade 56% dos casos. Diante disso, é possível identificar a efetividade das técnicas com base em instrumentos manuais, das técnicas minimamente invasivas e farmacológicas para situações de extrema calamidade. Para a Associação Latinoamericana de Odontopediatria (ALOP, 2020), a pandemia é a oportunidade para as abordagens conservadoras reiterarem sua importância. A vantagem de poder ser

realizado sem o uso de alta rotação ou seringa tríplice é muito importante para o momento em que vivemos (Nunes et.al, 2020). A filosofia de mínima intervenção já vinha sendo amplamente utilizada antes da pandemia e tomou ainda mais força com as restrições aos aerossóis. (Imparato et al., 2017; Ricketts, 2013).

A alta procura por atendimento odontológico, 53,9 % entre os 130 entrevistados, pode ser explicada pelo forte vínculo das comunidades com as unidades de saúde investigadas. Os locais nasceram de conquistas populares há mais de 25 anos e fazem parte da rede de apoio nestes territórios. Mesmo com as restrições, a maioria dos usuários opinou confiante de que poderiam contar com os odontólogos em uma urgência.

Os achados no trabalho de Guo et al. (2020) e Lucena et al. (2020) mostram uma redução de aproximadamente 30% na procura por atendimento de urgência durante a pandemia. Os autores discutem como possível causa as recomendações de isolamento e a falta de clareza à população do que seria uma situação de urgência odontológica, sendo a dor um sintoma frequentemente referido. Esses dados corroboram com o relato dos usuários que se mostraram preocupados em frequentar o posto, sendo que 4 usuários preferiram não procurar nenhum serviço de saúde e 26% dos casos de urgência entrevistados esperaram um tempo acima do aceitável (15 dias ou mais).

Um aspecto a ser destacado, a partir dos resultados deste estudo, foi o elevado grau de satisfação e apoio indicado por usuários em relação ao serviço odontológico investigado, sendo que 85% dos usuários que opinaram sobre as medidas restritivas adotadas durante a pandemia, entendem que foram necessárias para o momento histórico pelo qual passamos. Esse achado corrobora com as pesquisas de satisfação encontradas na literatura nacional e internacional (Arruda; Bosi, 2016).

Nos casos eletivos, 81% não tiveram sua demanda acolhida e foram orientados a retornar quando as restrições diminuíssem, assim todo avanço na saúde bucal pelo qual se lutou nas últimas décadas está perdendo a continuidade. As estratégias de prevenção e promoção de saúde desenvolvidas na APS se tornaram escassas, e os impactos tanto na saúde bucal do usuário quanto no vínculo ainda são desconhecidos (Benzian; Niederman, 2020). Antes da pandemia, a unidade SESC contava com 3 equipes odontológicas e a unidade Coinma com 2 equipes odontológicas, e hoje ambas contam com apenas um equipo onde é possível realizar procedimentos com aerossol.

A diminuição da oferta de atendimento somada à demanda reprimida de mais de um ano pode levar ao colapso do serviço, faltando caminhos para a prestação de cuidados em um futuro pós-pandêmico, sendo necessário repensar as práticas clínicas. Em todo o mundo, grande parte das profissões se reformularam, e na área da saúde os atendimentos em tele saúde são citados pela literatura como alternativa assertiva e viável para garantir o acesso à rede de saúde pelos pacientes (Carrer et al.2020). Em junho de 2020, o Conselho Federal de

Odontologia (CFO), por meio da Resolução 226/2020, regulamentou o exercício da teleodontologia, ferramenta que pode ser implantada nas unidades investigadas, aumentando a capacidade de atendimento, e reduzindo a sobrecarga da APS (Conselho Federal de Odontologia, 2020a; Sarti et al. 2020).

De acordo com Savassi et al. o cenário enfrentado pela APS é delineado por três ondas: os casos de covid-19, as demandas de queixas agudas e crônicas secundárias à não procura por serviços de saúde, e os impactos dessas duas ondas na saúde mental da população. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos corrobora com essa proposição, mostrando que os sintomas de desordem de ansiedade e de depressão aumentaram consideravelmente, mais expressivamente entre jovens de 18 a 24 anos (Czeisler et al., 2020). Devido ao íntimo contato da APS com a população, o impacto percebido na saúde mental será mais significativo, portanto se faz necessário repensar as práticas clínicas, pois uma odontologia com base curativista não entrega um atendimento integral e humanizado que a população está necessitando.

Este estudo tem como limitação depender da memória do usuário sobre sua experiência nos atendimentos da unidade de saúde e a ideia subjetiva do usuário sobre se seu quadro se encaixava no quesito urgência ou eletivo. Com as mudanças no sistema de distanciamento controlado e riscos de contágio da covid-19, o período inicial da pesquisa contou com pouca adesão dos usuários. O quantitativo de casos agudizados pode estar subestimado, uma vez que os usuários se mostraram receosos em circular no serviço que atende sintomáticos ou terem como desfecho o encaminhamento.

Os resultados deste estudo devem ser utilizados por gestores e pelas equipes de saúde para repensar o serviço, com novas formas de retomada das atividades de promoção e prevenção à saúde, bem como os atendimentos odontológicos com segurança. E pelos usuários em geral, que devem reivindicar a continuidade dos programas de assistência odontológica no SUS.

Conclusão

Os atendimentos de urgência, seguindo a sua lógica curativista, se mostraram resolutivos para 87% dos usuários entrevistados. O quantitativo de casos agudizados que procurou a unidade pode estar subestimado, uma vez que os usuários se mostraram receosos em procurar o mesmo serviço que atende sintomáticos ou serem encaminhados para outro local.

Poucos casos eletivos (19%) conseguiram ser acolhidos e atendidos. Todavia, vale ressaltar que as equipes de saúde bucal estão enfrentando grandes desafios que deixarão impactos profundos após a pandemia de covid-19. Um planejamento eficiente para a retomada

segura de suas atividades, visando minimizar as sequelas deixadas por esse período, será de suma importância.

Quanto a opinião dos usuários sobre as restrições aplicadas aos tratamentos eletivos, a maioria compreendeu que foram necessárias para o momento histórico pelo qual passamos e apoiaram as decisões, vendo a atenção primária com grande relevância no enfrentamento à pandemia.

As contribuições aqui apresentadas visam enriquecer a literatura nacional sobre a temática, ainda escassa nas bases bibliográficas. Assim sendo, este estudo possibilitou conhecer a percepção do usuário sobre as medidas restritivas da assistência odontológica e as experiências ao acessar o serviço prestado no âmbito da APS.

Referências

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360–365, 2010.

ATHER, A. et al. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. **Journal of Endodontics**, v. 46, n. 5, p. 584–595, 2020.

BENTLEY, C. D.; BURKHART, N.; CRAWFORD, J. J. Evaluating spatter and aerosol contamination during dental procedures **The Journal of the American Dental Association**, v.125, n. 5, p. 579-584, maio 1994.

BENZIAN, Habib; NIEDERMAN, Richard. A Dental Response to the COVID-19 Pandemic—Safer Aerosol-Free Emergent (SAFER) Dentistry. **Frontiers In Medicine**, v. 7, p. 2-9, 12 ago. 2020. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2020.00520>. Disponível em: <https://www.preprints.org/manuscript/202005.0104/v1>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 16/2020-CGSB/ DESF/SAPS/MS. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS** . Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/295c9c14409db20cb63c862bb07ce0e4.pdf> Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 16 / 2020-CGSB / DESF / SAPS/MS**. Brasília, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS0014813177NT16COVID19ATENDIMENTOODONTOLOGICONOSUS_6282583358739045095.pdf Acesso em: 10 jul. 2020

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 383–391, 2011.

Comitê de Odontologia Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Conselho Federal de Odontologia (AMIB/CFO) de enfrentamento ao COVID-19. **Recomendações AMIB/ CFO para atendimento odontológico COVID-19**. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/06/recomendacoesamib-cfo-junho-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

- DE LORENA SOBRINHO, José Eudes et al. Atuação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde frente à covid-19: experiência em Caruaru, Pernambuco. **Cenários odontológicos em tempos de pandemia**, p. 214, 2020
- DE MOURA BATISTA, Thálison Ramon; DE MEDEIROS TORMES, Ana Karina. Cirurgia bucomaxilofacial no âmbito da pandemia pela covid-19: uma revisão integrativa. **Odontologia Clínico Científica**, v. 19, p. 226–231, 2020
- DOS SANTOS, A. M. et al. Conflicting situations in the reception of oral health teams from the Family Health Program in Alagoinhas, Bahia, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 1, p. 75–85, 2007.
- DUARTE, M.; SCHERER, A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 98, p. 1–13, 2015.
- FARIAS, Mariana Ramalho de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Papel do cirurgião dentista na equipe de saúde da família. **RGO, Rev. gaúch. odontol.** [online], v. 59, n.1, pp. 109-115, 2011. ISSN 1981-8637.
- FRANCOM, C. R. et al. Pediatric laryngoscopy and bronchoscopy during the COVID 19 pandemic: A four-center collaborative protocol to improve safety with perioperative management strategies and creation of a surgical tent with disposable drapes. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 134, p. 110059, 1 jul. 2020.
- GILL, J. R.; DEJOSEPH, M. E. **The Importance of Proper Death Certification during the COVID-19 Pandemic** *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 7 jul. 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2767262>>. Acesso em: 15 out. 2020
- GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. **JAMA**, v. 323, n. 16, p. 1545, 28 abr. 2020.
- HU, Y. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China W. **The new engl and journal of medicine Original**, v. 18, n. 382, p. 1708–1728, 2020.
- MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. **Journal of Dental Research**, v. 99, n. 5, p. 481–487, 2020.
- NEJATIDANESH, F. KHOSRAVI, Z; GOROHI, H; BADRIAN, H; SAVABI, O. Risk of Contamination of Different Areas of Dentist’s Face During Dental Practices. **International journal of preventive medicine**, v. 4, n. 5, p. 611–5, maio 2013.
- PENG, Xian; XU, Xin; LI, Yuqing; CHENG, Lei; ZHOU, Xuedong; REN, Biao. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International Journal Of Oral Science**, v. 12, n. 1, p. 2-7, 3 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127517/>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO).
- RAUTEMAA, R.; NORDBERG, A.; WUOLIJOKI-SAARISTO, K.; MEURMAN, J.H. Bacterial aerosols in dental practice – a potential hospital infection problem? **Journal Of**

Hospital Infection, v. 64, n. 1, p. 76-81, set. 2006. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2006.04.011>.

SCORTICHINI, M. et al. Excess mortality during the COVID-19 outbreak in Italy: a two-stage interrupted time-series analysis. **International Journal of Epidemiology**, v. 49, n. 6, p. 1–9, 2020.

STEPHEN K. HARREL; JOHN MOLINARI. Aerosols and splatter in dentistry: A brief review of the literature and infection control implications. **SELL Journal**, v. 135, n. 1, p. 429-437, 2004.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100020>

TIMMERMAN, M. F. et al. Atmospheric contamination during ultrasonic scaling. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 31, n. 6, p. 458–462, 1 jun. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Considerations for the provision of essential oral health services in the context of COVID-19. **Interim Guidance**, v. 3 n.1 p. 1–5, agosto, 2020.

ZYLKE, Jody W. *et al.* Mortality and Morbidity. **Jama**, v. 324, n. 5, p. 458-459, 4 ago. 2020. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.11761>. Disponível em:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768085>. Acesso em: 30 set. 2020

A integralidade em um contexto da pandemia da COVID-19, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde: desafios e possibilidades.

Luiza Guzinski da Silva, Fernanda Miranda Seixas Einloft, Camila Guedes Henn

Resumo

A presente pesquisa busca entender como a pandemia da COVID-19 impactou na integralidade na atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais da saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, sendo utilizada, na etapa de análise e interpretação dos dados, o método de Análise de Conteúdo de Bardin. O cenário deste estudo foi a Unidade de Saúde Barão de Bagé, unidade que integra a Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Os participantes foram 13 profissionais que compõem as diferentes categorias de saúde nesta Unidade. Segundo os discursos dos sujeitos entrevistados não foi possível garantir o princípio da integralidade durante o período pandêmico. Os impactos verificados nas falas dos profissionais de saúde foram: barreiras de acesso aos serviços e aos profissionais de saúde, com consequente fragilização e até mesmo perda do vínculo e aumento da demanda reprimida, em especial para pessoas com condições crônicas. Os profissionais apresentaram as seguintes estratégias, que acreditam ser o caminho para se reconstruir o processo de trabalho nas equipes: a necessidade de reaproximação com o território, a retomada das áreas de vigilância ou das equipes de referência, a educação em saúde, além do uso da tecnologia para facilitar a comunicação com teleatendimentos e teleconsultorias. A alteração na orientação do modelo de atenção à saúde no momento da pandemia, do modelo de atenção às condições crônicas para o modelo de atenção às condições agudas, reforça a necessidade de reafirmação dos atributos fundadores da APS e dos princípios e diretrizes preconizados pela PNAB e pelo SUS.

Palavras-Chaves: Integralidade em Saúde; COVID-19; Atenção Primária à Saúde

Introdução

O Brasil é um país de grande extensão territorial, que propõe um sistema de saúde público ousado, que visa garantir acesso à saúde para toda a população no território nacional como um direito social (Brasil, 1990). A Lei nº 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), define a saúde como um bem fundamental. Três princípios norteiam o atendimento no SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade (Brasil, 1990).

A *Universalidade* entende a saúde como um direito de todos. As ações e serviços devem ser garantidos, sem qualquer tipo de distinção de sexo, raça, ocupação ou outra característica social ou pessoal (Ministério da saúde, 2020). A *Equidade* tem uma relação estreita com as múltiplas desigualdades da população brasileira. Os usuários do sistema de saúde possuem realidades distintas e, consequentemente, necessidades diferentes. Este princípio visa reduzir essas desigualdades, oferecendo para cada usuário o serviço e o cuidado necessários a cada caso (Ministério da Saúde, 2020). A *Integralidade* leva em consideração a existência de diversos fatores que podem afetar a saúde, além de buscar compreendê-los. O indivíduo deve

ser percebido como um todo, um ser indivisível, cujas necessidades devem ser identificadas e atendidas. O princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas (Ministério da Saúde, 2020).

É de interesse desta pesquisa o princípio da integralidade, sendo importante a compreensão de como este é experimentado na prática do cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Em 2006 o governo federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) buscando organizar o serviço (BRASIL, 2006). A política estabelece a ampliação nacional da estratégia de saúde da família (ESF) e a define como modelo prioritário na APS. A atenção primária em saúde é elaborada com forte base científica. Foi na PNAB que se iniciaram as discussões sobre a organização institucional das redes de atenção. Ela traz as orientações referentes às composições das equipes, às atribuições destes profissionais, ao financiamento do sistema e aos fluxos de trabalho (GOMES et al, 2020).

A Atenção Primária à Saúde é a principal estratégia para garantir o atendimento das necessidades de saúde da população. É a porta de entrada preferencial e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços (BRASIL, 2017). É neste nível da atenção à saúde que 80 a 85% dos problemas de saúde são resolvidos (CONASS, 2019). Nele, são ofertados os serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação que visam o bem-estar dos membros da comunidade atuando em locus (STARFIELD, 2002).

Ao longo dos anos, a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017, que visavam adequar os serviços ofertados à população (BRASIL, 2017). O artigo 3º da PNAB (2017) estabelece os princípios (Universalidade, Equidade e Integralidade) e as diretrizes (regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade) desta Política (BRASIL, 2017). Foi em uma conjuntura de ataques à atenção primária à saúde no Brasil, (com a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com a desvalorização da territorialização, com a redução do número de agentes comunitárias de saúde) (Santos e Giovanella, 2016) que a APS enfrentou um dos maiores desafios sanitários que tivemos, a pandemia da COVID-19.

A Pandemia se originou em Wuhan, na China, e se espalhou pelo mundo chegando ao Brasil em março de 2020 (OMS, 2020). A COVID-19 entrou no nosso país e no restante dos países da América Latina, em geral, através dos aeroportos, com passageiros recém chegados de viagens internacionais. Aos poucos, foi chegando às periferias e comunidades, locais com menor nível de acesso à água e tratamento de esgoto e onde grande parte da população depende e usa transportes públicos lotados. Esse contexto nos faz refletir que, no Brasil, a pandemia não se configurou apenas como uma crise sanitária, mas também como uma crise política e social

(TOBAR *et al.*, 2020). Uma pandemia atravessa e afeta de forma geral todos os sujeitos. Entretanto, os seus efeitos podem ser sentidos de maneiras diversas, principalmente, quando consideramos os sujeitos com pouco ou nenhum poder aquisitivo.

Foi necessário repensar toda organização da nossa sociedade, o que incluiu as medidas de proteção contra o coronavírus e a forma de acesso dos sujeitos a todos os serviços de saúde do país. Os fluxos de trabalho de todos os profissionais precisaram ser revistos para garantir o atendimento da enorme demanda, bem como, a proteção dos profissionais envolvidos, que todos os dias estavam expostos à contaminação pelo vírus (NEDEL, 2020).

Neste cenário, diretrizes e princípios da APS foram ceifados, tendo em vista a priorização do atendimento de sintomáticos respiratórios. O acompanhamento dos sujeitos, que antes se dava de forma cotidiana, foi praticamente zerado, o que acabou por represar diversas outras demandas de saúde. Os riscos de contágio levaram os profissionais ao afastamento do território e, por consequência, dos usuários e das comunidades. O acesso à unidade de saúde precisou ser repensado para reduzir o fluxo de pessoas e o controle social, tão precioso para a APS, se fragilizou frente à impossibilidade do encontro presencial (NEDEL, 2020).

Este estudo teve como objetivo *descrever como a pandemia da COVID19 impactou na integralidade na atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais da saúde*, problematizando a sua percepção sobre o conceito de integralidade e sobre as mudanças ocorridas no contexto pandêmico, compreendendo os prejuízos que a pandemia trouxe ao atendimento dos usuários da unidade de saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (2008), este tipo de abordagem reserva-se a um estudo da realidade que não pode ser quantificado, preocupando-se com a qualidade das informações obtidas, trabalhando com valores, crenças, significados, atitudes e opiniões. Utiliza-se do materialismo histórico dialético e busca compreender, de forma mais aprofundada, a realidade e as dinâmicas que se dão neste cenário (FRIGOTTO, 1994). No que diz respeito às especificidades desta pesquisa foram consideradas como classes centrais: a Atenção Primária à Saúde, a COVID-19 e a integralidade.

A pesquisa foi realizada no período de Junho de 2022 a Dezembro de 2023 e o cenário foi a Unidade de Saúde Barão de Bagé (USBB), unidade que integra a Gerência de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GAPS).

A população foi composta pelos profissionais de saúde lotados na USBB, tendo como critérios de inclusão os profissionais de saúde maiores de 18 anos, contratados pela instituição e lotados na USBB. Foram utilizados como critério de exclusão os profissionais que estiveram

em período de férias ou afastados por motivo de doença ou por outra causa, durante a realização das entrevistas.

Foi selecionado um trabalhador de cada núcleo profissional, totalizando *13 sujeitos*, sendo compreendidas as seguintes categorias: um Farmacêutico, um Auxiliar de farmácia, um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, um Administrativo, um Assistente Social, um Dentista, um Técnico em Saúde Bucal, um Psicólogo, um Nutricionista, um Terapeuta Ocupacional e um Agente Comunitário de Saúde. Para as categorias compostas por mais de um profissional, a escolha dos participantes se deu por sorteio.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas de forma individual. Um questionário aberto, com um roteiro pré-estabelecido, foi construído pelas autoras (ver ANEXO A). Este estava dividido em duas partes: a) 6 questões abertas para identificar o perfil do entrevistado, com informações referentes ao núcleo profissional, gênero, idade, tempo de inserção na APS, tempo de inserção na USBB e se possui especialização em saúde pública, saúde coletiva ou área afim; b) 9 questões abertas que buscavam responder aos objetivos desta pesquisa (referentes à percepção sobre o conceito, os desafios e as potencialidades). Foram realizadas treze entrevistas com duração média de vinte minutos cada uma. Foram garantidos segurança e conforto aos participantes, buscando respostas profundas e com reflexão sobre o tema. Os dados foram coletados por meio de gravador e transcritos na íntegra, sem alteração de conteúdo.

Os dados referentes ao perfil dos entrevistados (gênero e escolaridade) foram apresentados de forma descritiva a partir do número absoluto e da frequência (%) encontrada. Outras variáveis (idade, tempo de inserção na APS e tempo de inserção na USBB) foram apresentadas a partir de sua média.

Para os dados qualitativos foi realizada uma leitura inicial com a finalidade de observar a repetição de temas e a saturação dos discursos, sendo o total de participantes considerado satisfatório para compreender o fenômeno de interesse. Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), que compreende três etapas: a pré-análise, que engloba a transcrição, na íntegra, leitura flutuante e exaustiva do material coletado; a exploração do material, que consiste na transformação dos dados brutos, quando surgem os temas mais relevantes e, destas, as categorias temáticas; e, por último, o tratamento dos resultados, quando se inferem e se adiantam interpretações na perspectiva dos objetivos propostos.

Para a etapa de exploração do material, duas revisoras analisaram as entrevistas de forma independente, definindo as categorias temáticas após consenso. Contou-se ainda com uma terceira revisora, também independente, que validou as categorias previamente definidas. Uma representação visual dos termos mais frequentes nas entrevistas foi construída a partir do software IRaMuteQ 0.7 alpha 2. Um trabalho de limpeza prévia do texto foi conduzido para remoção de conectivos e vícios de linguagem e posterior construção da nuvem de palavras com

o uso do software.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente, Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) por meio da Plataforma Brasil sob o nº 6.012.167, sendo as entrevistas realizadas após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

Resultados e discussão

Buscou-se na primeira parte da entrevista conhecer o perfil dos entrevistados, considerando um n total de treze participantes. Os sujeitos entrevistados são em sua maioria mulheres, com média de idade de aproximadamente quarenta anos, trabalhando na APS há aproximadamente doze anos (média) e na Unidade de Saúde Barão de Bagé há seis anos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados da Unidade de Saúde Barão de Bagé ($n=13$), 2023.

Variável		n (13)	%	Média
Gênero*				
	Feminino	12	92,3	
	Masculino	1	7,7	
Escolaridade*				
	Nível técnico	5	38,4	
	Nível superior	8	61,5	
	Possuem especialização em APS	6	87,5	
Idade**				39,9
Tempo de inserção na APS**				11,7
Tempo de inserção na USBB**				6,1

*Variáveis categóricas analisadas considerando-se o n e as respectivas taxas; ** variáveis categóricas representadas pela média.

No que concerne aos resultados do nosso estudo, estes podem ser divididos em duas partes complementares. Inicialmente foram organizadas categorias a partir da leitura dos discursos dos participantes, por meio de uma análise de conteúdo (Bardin, 2016). Para uma das categorias, obtivemos uma nuvem de palavras com os principais conteúdos evocados a partir das palavras de maior destaque na nuvem.

Esta seção será apresentada com base no corpus geral constituído por treze textos e o conteúdo analisado e categorizado em quatro classes: Classe 1 - Conceito de Integralidade;

Classe 2 - Benefícios da integralidade no cuidado das pessoas; Classe 3 - Impactos da pandemia na integralidade como um dos atributos da APS; Classe 4 - Estratégias para garantir a integralidade.

Classe 1 - Conceito de Integralidade

A análise da nuvem de palavras, obtida por meio das entrevistas, construída para esta categoria, demonstra que as palavras mais evocadas foram: “Saúde” (f=30), “Integralidade” (f=19), “Olhar” (f= 19), “Usuário” (f= 10), “Atender/Atendimento” (f=9/8), “Princípio” (f=11), “Contexto” (f =9), “Cuidado” (f=9) “Tudo”(f=08), “Equipe” (f=07), “Território” (f=06) e (ver Figura 1). Ressalta-se que algumas destas palavras se apresentam nos discursos em interlocução, como por exemplo “integralidade e olhar”, “integralidade e rede”, “integralidade e equipe”, “usuário e entender”, “saúde, social e território”. Destacamos as duas últimas combinações, que reforçam a importância de se compreender a realidade dos sujeitos para que o cuidado seja prestado de forma integral.

Figura 1- Nuvem de palavras- IRaMuTeQ



*Considerando que o Software usa como idioma de referência o português de Portugal, algumas palavras apresentam variações (ex: equipa = equipe).

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A primeira categoria trata do “**Conceito de Integralidade**” que é compreendido pelos participantes a partir de diferentes perspectivas e olhares: integralidade enquanto visão ampliada do sujeito; integralidade enquanto articulação da rede de serviços e outros níveis de

atenção/intersectorialidade; integralidade enquanto trabalho em equipe interdisciplinar; integralidade enquanto ações de prevenção, promoção e tratamento. Ao analisar as entrevistas é possível entender que, para os profissionais de saúde entrevistados, é essencial conhecer a realidade dos sujeitos para que se possa trabalhar com o princípio da integralidade, considerando o conceito ampliado de saúde, o território e os determinantes sociais de saúde, o que pode ser observado nas seguintes falas:

“integralidade é conseguir enxergar o usuário o como um todo (...) as suas questões de saúde, o seu contexto social, familiar, cultura, enfim e a saúde de uma forma abrangente (...) tudo o que a saúde em si engloba, saúde emocional, saúde física, saúde social, em todos os aspectos” (E7).

(...) o princípio da integralidade parte do princípio que a nossa saúde também é produzida pelo meio que a gente vive, (...) a gente tem que olhar para um todo e também olhando para as relações, não individualmente os sujeitos, mas olhando o que cerca, o território a família, o (...) inteiro do sujeito (E12).

“O olhar ampliado do processo de saúde doença e que vai olhar (...) pros condicionantes e determinantes de saúde” (E12).

Um aspecto que se destacou nas falas dos participantes foi a estreita relação ou a indissociabilidade entre a integralidade e os outros atributos essenciais da APS (vínculo/primeiro contato; longitudinalidade, coordenação do cuidado).

“a atenção primária é a porta de entrada para o usuário, ele vem e a gente consegue encaminhar ele caso seja necessário para outros níveis de atenção à saúde” (E1).

“Um vínculo fortalecido impacta positivamente na integralidade e a questão do território, área adscrita ela é fundamental para a integralidade do cuidado” (E13).

“Antes da pandemia a gente conseguia fazer de uma maneira mais continuada esse cuidado e com pandemia bagunçou e agora a gente tá retomando esses processos (...) a dificuldade de ter um cuidado longitudinal” (E9).

“ter essa compreensão de como a atenção primária é central para gestão do cuidado e para fazer toda articulação” (E11).

Outras falas trazem luz diferentes compreensões sobre o conceito de integralidade, sendo percebida como uma *“forma totalmente integrada com todos os serviços com todos os setores (...) com a equipe multi” (E2), como o “compartilhamento do cuidado (...), de diferentes profissionais que têm visões diferentes (...), de concepções diferentes também de*

saúde ou visões (...), uma visão ampliada (...) e de discussões de rede, com outros setores” (E4), entendendo que “a partir do momento que a gente tem equipes de referência, áreas de vigilância, discussão de caso (...) que a gente realiza ações de prevenção e promoção no território, a gente tá pensando o sujeito integralmente(...)” (E12).

A Lei n. 8080/90, explica a integralidade como uma forma de articulação contínua da promoção de saúde com a prevenção e o tratamento de agravos, por meio das ações e serviços prestados, no âmbito coletivo e individual, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema. Em concordância a isso é essencial ter em vista que, para APS, a integralidade é balizadora, pois este é o nível de atenção que deve coordenar o cuidado dos usuários do sistema de saúde, tendo o desafio de articular ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos (Starfield, 2002).

A inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a “integralidade” pode ser, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade (Machado, 2007). Os profissionais não trouxeram um único conceito, mas articulam diferentes possibilidades. Isto pode estar relacionado às diferentes formações e também às experiências subjetivas na aplicação deste princípio na prática profissional de cada participante. A amplitude verificada em relação ao conceito, pode estar relacionada também às transformações que os profissionais podem apresentar ao longo de sua experiência na saúde, ao momento em que esta reflexão acontece e ao amadurecimento subjetivo de cada um.

Classe 2 - Benefícios da integralidade no cuidado das pessoas

A segunda categoria, intitulada **“Benefícios da integralidade no cuidado das pessoas”**, traz as vantagens que a integralidade proporciona para os sujeitos. Surgem nas falas dos profissionais entrevistados a maior resolutividade dos problemas de saúde como o principal benefício citado. Ela é possível a partir de outro elemento, que é entendido como benefício, mas que também é considerado uma ferramenta que garante este princípio, o trabalho interprofissional.

“Uma forma que eu consiga talvez olhar para aquele sujeito e naquele momento consiga atender ele de uma forma talvez mais resolutiva, talvez mais sensível, não de uma forma isolada olhando a queixa em si, mas conseguindo olhar ele como um todo” (E7).

“Os benefícios... ah ele consegue vir com a demanda e ser atendido por essa demanda, as vezes a pessoa vem no atendimento e ela consegue outras consultas, ela consegue ser vista pela equipe multiprofissional (...)” (E1).

“através do compartilhamento do cuidado, de diferentes profissionais que têm visões diferentes,

concepções diferentes também de saúde ou visões né, uma visão ampliada” (E4)

“(...) a gente discute em equipe cada um traz a sua visão o seu apontamento do que identificou e aí conjuntamente se produz um plano terapêutico singular (...)” (E9).

“(...) eu trago o quanto é importante a gente estar na equipe multi e compondo com os diferente olhares assim para a construção de um cuidado integral e de pensar um PTS mais amplo que atenda um projeto de vida (...)” (E11).

“um grande diferencial aqui é a gente ter essas equipes de atenção primária ampliadas (...) a integralidade que a gente acaba identificando aqui no processo de trabalho tem a ver com essa amplitude de equipe”(E11).

Outro benefício que apareceu nesta categoria versava sobre a gestão do cuidado, atributo essencial da APS: *“Temos alguns encaminhamentos para a atenção secundária e terciária, mas a gestão é feita conosco, então nisso se baseia muito na integralidade do cuidado” (E13).*

É possível compreender, nesta categoria, que a gama de profissionais disponíveis na GAPS expande as possibilidades de intervenção, amplificando a resolutividade dos problemas de saúde. A presença de equipes interprofissionais potencializa a capacidade resolutiva dos serviços, uma vez que a ampliação dos saberes se articulam de forma coordenada para resolução de casos complexos (Garbin, 2021). Destaca-se que este cenário se dá nas unidades de saúde geridas pelo Grupo Hospitalar Conceição, que conta com outras categorias profissionais em seu corpo técnico, para além da equipe mínima, como psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutica e nutricionista.

Ao referir os benefícios da integralidade, as falas dos profissionais apresentam, ainda, uma crítica à fragmentação dos serviços ofertados:

“A gente não tem intenção de fazer um atendimento fragmentado que não... não dê uma resposta para todas as demandas do paciente (...) sem a integralidade fazendo um atendimento fragmentado a gente vê o recorte naquele momento do paciente, e acaba perdendo algumas coisas” (E5). Sobre isso discutiremos a seguir.

Classe 3 - Impactos da pandemia na integralidade como um dos atributos da APS

A terceira categoria encontrada foi nominada de **“Impactos da pandemia na integralidade como um dos atributos da APS”**. Ela descreve como os profissionais de saúde entenderam os atravessamentos da pandemia em seu cotidiano de trabalho e os prejuízos que impactaram na saúde das pessoas. Aparecem aqui: a barreira de acesso ao serviço de saúde;

aumento da demanda reprimida, em especial para pessoas com condições crônicas, tendo em vista o incremento expressivo do atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios, além da fragilização ou até a perda de vínculo com a unidade/equipe de saúde.

“(...) os atendimentos foram muito focados (...) em atendimento de sintomáticos respiratórios então (...) o cuidado das doenças crônicas acabaram ficando de lado assim” (E8).

“Quando voltou a acessar a unidade de saúde era queixa aguda, e a queixa aguda é assim eu não me preocupo com todo o resto, não me preocupo com o momento de vida, não me preocupo com a doença crônica, (...) eu vou atender aquela queixa no momento que ela acontece, então acabou prejudicando muito vários, vários conceitos da APS dentro dos quais a integralidade acho que a gente passou a olhar o sujeito de uma forma mais isolada”(E7).

“a gente não conseguia fazer as consultas agendadas, isso foi uma perda muito grande principalmente para quem tinha diabetes, hipertensão (...)” (E1).

“a falta de acompanhamento das doenças crônicas, de revisão, do cuidado com os hipertensos e os diabéticos que antes tinham acompanhamento” (E8).

“o principal impacto foi a falta de acesso à dificuldade de acesso hum (...) o acompanhamento aos usuários crônicos então muitas doenças que nós estamos atendendo hoje, e muito dessa demanda reprimida é de causas que vinham sendo acompanhadas, que eram crônicas e que agora agudizaram”(E9).

“A gente tinha os programas, que funcionam melhor, as ações programáticas elas eram mais efetivas, que com a pandemia se perdeu muito isso, a gente não conseguiu dar andamento nas ações programáticas, a gente não conseguia fazer as consultas agendadas isso foi uma perda muito grande principalmente para quem tinha diabetes, hipertensão, fazer o acompanhamento se perdeu muito”(E1).

“Eu acho que se perdeu o vínculo, eu acho que os pacientes agora estão com o vínculo muito frágil com a unidade (...)” (E1).

Uma percepção que se repetiu durante as entrevistas, foi interpretada e designada, nesta pesquisa, como a “cultura” do imediatismo. Ela pode ser verificada nos seguintes relatos:

“(...) os pacientes estão muito imediatistas, eles (...) perderam a rotina das consultas programadas” (...) perderam aquela continuidade do cuidado sabe,(...) eles só vem quando tem alguma coisa aguda, eles querem resolver tudo naquela consulta” (E1).

“com a pandemia a gente teve que ser muito imediatista né e resolver... muito...” (E1).

“A sensação que dava é que os serviços acabaram se tornando meio que UPAs” (E7).

Outras ações muito caras à APS como: visitas domiciliares e ações de promoção e prevenção em saúde, foram prescindidas, *“paramos de ir para o território acho que isso*

também afeta muito esse processo porque, enfim, a gente deixa de estar em contato com a vida das pessoas e com as realidades (...) para pensar esse cuidado integral é fundamental a gente conhecer a casa, conhecer o bairro as relações” (E11).

A pandemia também alterou a forma como os sujeitos acessam a unidade de saúde no pós-pandemia, não tendo as mesmas referências de antes. O cenário de incertezas, o medo real do contágio do vírus, somados à suspensão de algumas atividades nas Unidades de Saúde tiveram como consequência a queda no número de atendimentos voltados para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação para alguns públicos (Guimarães e Carvalho, 2020).

Este fato pode ser responsável por complicações e problemas relacionados à falta de cuidado para pessoas com condições crônicas: grávidas, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos continuavam precisando de atenção e seguimento. Estes sujeitos, que integram os grupos de vigilância e que são alvo das ações programáticas, foram duramente afetados pela falta de acesso aos serviços de saúde. Muitas doenças crônicas são fatores de risco para a COVID-19, o que reforçou o medo das pessoas pela busca dos serviços de saúde. Isso levou à piora nos casos e até mesmo à morte de alguns sujeitos (Mendes, 2020).

Nesta lógica de resolver os problemas imediatos e urgentes, os discursos evidenciam a mudança da orientação do modelo de atenção à saúde no momento da pandemia. Os modelos de atenção à saúde podem ser entendidos como a forma que o sistema se organiza para dar conta da demanda e para priorizá-la. Durante a pandemia, observamos serviços orientados pelo modelo de atenção às condições agudas, focado na doença, hierarquizado, reativo e episódico, além de ser fragmentado, isolado, com ênfase em ações curativas. Prescindimos do modelo de atenção às condições crônicas, pensado para oferecer um cuidado centrado no sujeito, contínuo, planejado para pensar ações de promoção, prevenção e coletivo (Mendes, 2012).

Durante a pandemia, a Organização Mundial da Saúde sugeriu que fossem criados locais para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 (OMS, 2020). Entretanto, por diversas razões, não foi esta a estratégia adotada pelo governo brasileiro, fato que poderia ter minimizado o impacto para as pessoas não sintomáticas.

Os prejuízos desta pandemia manifestaram-se em diferentes esferas, para além do campo da saúde (Gupta, 2020), como referem alguns profissionais:

“muita gente perdeu trabalho, formal ou informal e reduziu muito a renda ou ficou sem uma renda fixa né a gente ficou com crianças e jovens fora da escola então tem um baita impacto ne para a saúde física, emocional e social” (...) algumas coisas que são fundamentais para o bem estar naquele momento não puderam ser garantidas”(E11).

Importante trazer à luz a discussão de que a COVID-19 para além de ser uma pandemia,

vem sendo reconhecida como uma sindemia. Esta pode ser entendida como o cenário em que duas ou mais doenças interagem de forma a causar danos, para além da soma dessas duas doenças, considerando a interação de fatores biológicos, econômicos e sociais e que aumentam a possibilidade de uma pessoa prejudicar ou piorar seu estado de saúde (Júnior; Santos, 2021).

Classe 4 - Estratégias para garantir integralidade.

A quarta e última categoria desta análise foi chamada de **“Estratégias para garantir a integralidade”**. Em quase todos os discursos, os profissionais afirmaram que não havia condições de manter a integralidade em sua forma plena durante a pandemia. Mas trouxeram algumas estratégias que poderiam minimizar os danos e, principalmente, retomar alguns espaços que eram mais instituídos antes da pandemia: a reaproximação do território, a retomada das áreas de vigilância ou equipes de referência e a educação em saúde conforme afirmam os profissionais:

“voltar com as ações programáticas assim, educar o paciente a vincular com o médico de referência (...) eu acho que tá se voltando a ser que nem era antes da pandemia” (E1).

“fazer essa educação para que os usuários saibam que caso eu procuro a APS, a minha unidade de saúde, quais são os casos de uma UPA, quais são os casos que eu devo ir para um hospital, quais são as situações que a unidade de saúde consegue dar conta e os casos que ela não pode operacionalizar” (E9).

“O simples fato da equipe poder se reunir de novo e discutir (...) acho que isso já mostra um pouco que a gente tá mudando a forma de atender, conseguindo né, conseguindo trabalhar diferente.” (E7)

“A gente ainda está num processo de reestruturação de processo de trabalho mas a gente voltou a fazer atividade de promoção, a gente voltou a ir para o território, então, enfim, tá diferente, mudou (...) uma das reflexões que eu faço é que agente tá repensando o modo de fazer saúde constantemente” (E12)

A maioria das estratégias apresentadas pelos profissionais eram práticas anteriormente desenvolvidas por eles, o que reforça a potência do modelo de atenção à saúde desenvolvido no Brasil, bem como as ferramentas utilizadas pelas equipes de saúde. A retomada das áreas de vigilância e das equipes de referência instrumentalizam a equipe para realizar a programação e o planejamento de ações em saúde. A partir do conhecimento da realidade da população adscrita articulam-se práticas em saúde voltadas para prevenção, promoção e assistência de grupos populacionais específicos (Teixeira, 2022).

As ações já preconizadas pela PNAB, como a importância do vínculo, são fundamentais para a efetivação do princípio da integralidade. A Política Nacional de Atenção Básica considera a importância da construção de relações afetivas e de confiança entre os trabalhadores e usuários, como possibilidade da construção de um processo de corresponsabilização (BRASIL, 2012).

Uma estratégia inovadora, destacada por alguns profissionais, anteriormente ainda incipiente, foi o uso da tecnologia, tanto para realizar teleatendimento/teleconsulta como para facilitar a comunicação entre a rede de serviços.

“Eu acho que talvez o uso das tecnologias né que é o que mais teve um impacto da pandemia e hoje a gente tá vendo bastante a questão da teleconsulta, acho que é o uso das tecnologias a ampliação das tecnologias dos usuários” (E13).

“pode ir se resgatando uma proximidade com pessoas, famílias e com o território, com alguns pontos da rede a gente passou a usar muito o recurso tecnológico fazer teleatendimento, conversar com colegas da rede através de videochamadas, enfim acho que tivemos alguns ganhos nesse período” (E11).

A teleconsulta é entendida como uma alternativa válida para garantir o atendimento e orientações qualificadas para os sujeitos. Entretanto, é importante considerar que, no Brasil, 33,9 milhões de pessoas não estão conectadas à internet e outras 86,6 milhões não conseguem se conectar todos os dias (PwC, 2022).

Para garantir um atendimento integral na pandemia, os profissionais de saúde elencaram diversos recursos, os quais devem ser pensados de maneira complementar. Para além da pandemia, é preciso ter em mente a necessidade de se repensar cotidianamente a prática dos profissionais de saúde, considerando que a população passa por mudanças em seus modos de vida, o que, consequentemente, vai alterando suas necessidades de saúde (Bortoli, 2023).

Considerações finais

Os nossos resultados demonstram diferentes compreensões sobre o conceito de integralidade pelos profissionais da Unidade de Saúde Barão de Bagé. Os principais impactos que a pandemia trouxe para a integralidade verificados nas falas dos profissionais de saúde foram: barreiras de acesso aos serviços e aos profissionais de saúde, com consequente fragilização e até mesmo perda do vínculo e aumento da demanda reprimida, em especial para pessoas com condições crônicas. Embora reconheçam estes prejuízos, os profissionais apresentam também estratégias que acreditam ser o caminho para reconstruir o processo de

trabalho nas equipes para o cuidado das pessoas nas comunidades. As estratégias mais citadas, versam sobre a necessidade de reaproximação com o território, a retomada das áreas de vigilância ou equipes de referência e a educação em saúde. Os profissionais concordam que se trata de atividades já conhecidas e praticadas pelas equipes de saúde, tendo sido destacada uma prática inovadora: o uso da tecnologia para facilitar a comunicação, através dos teleatendimentos e teleconsultorias.

As demandas e impactos trazidos pela COVID-19 trazem à luz a necessidade da retomada dos princípios do SUS e dos atributos da APS, como forma de garantir o acesso e o cuidado para as pessoas. Não podemos perder de vista o histórico e o longo caminho percorrido na construção do sistema de saúde público brasileiro, que foi duramente afetado pela pandemia. Há muito trabalho a ser feito. A pandemia alterou profundamente as práticas de saúde na APS. Esta pesquisa reforça o desejo dos profissionais de retomar esse trabalho, em especial, por acreditarem no Sistema Único de Saúde brasileiro e na Política Nacional da Atenção Básica.

É importante reconhecer que esta pesquisa apresenta limitações. Entendemos que estas decorrem de diversos fatores, como por exemplo do fato de que o estudo demonstra a realidade de uma única unidade de saúde, que contém uma equipe bastante completa. Esta pode não representar os desafios para unidades que contam apenas com a equipe mínima descrita na PNAB. Outro fato importante é considerar que os estudos que versam sobre os impactos da pandemia ainda estão sendo construídos e acreditamos que ainda podemos encontrar repercussões ainda não reveladas e discutidas, as quais ainda não aparecem neste debate.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil; [1977] 2016.

Brasil. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasil: Presidência da República; 1990 [acessado em 19 set. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2020. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 25 maio 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. DOS .. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00119021, 2021.

BORTOLI, M. C. et al.. Estratégias dos serviços de Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3427–3437, 2023.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas **de saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>. Acesso em: 19 dez. 2022.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1994.

GARBIN, A. D. C. et al.. Loucura e o trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 12, p. 5977–5985, dez. 2021.

GUIMARÃES FG, Carvalho TML, Bernardes RM, et al. **A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19**: relato de experiência. APS EM Rev [internet]. 2020 [acesso em Nov. 2023: 74-82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>.

GUPTA S et al. Tracking public and private response to the COVID-19 epidemic: evidence from state and local government. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2020

GOMES, Clarice Brito e Souza et al. **Política Nacional de Atenção Básica de 2017**: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1327-1337, 2020.

MACHADO, M. DE F. A. S. et al.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335–342, mar. 2007.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. 2020. acessado em 15 Nov, 2023. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 27ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 11–16, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.68. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>. Acesso em: 25 nov. 2022.

OMS Brasil - Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2020 [acessado em: Jun 2023].Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875»

PWC - PRICEWATERHOUSECOOPERS BRASIL. O abismo digital no Brasil. São Paulo, 2022 Disponível em: <https://www.pwc.com.br/pt/estudos/preocupacoes-ceos/mais-temas/2022/o-abismo-digital-no-brasil.html>. Acesso em: 25 nov. 2023.

SANTOS, A. M. DOS .; GIOVANELLA, L.. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em

região de saúde da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 3, p. e00172214, 2016.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: **equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Challenges of Health Surveillance today. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 31, n. 2, e2022357, 2022 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000200900&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 dez. 2023. Epub 21-Jun-2022. <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222022000200017>.

TOBAR, Sebastián; LINGER, Carlos. **América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a crise econômica e social**. In: BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo (org.). Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2020. p. 199-211. ISBN 978-65-5708-029-0. (Série Informação para Ação na Covid-19).

Das coisas que vemos, ouvimos e aprendemos

Elisandro Rodrigues

Essa semana estava revisando uns textos escritos durante a pandemia, assim como foram os textos que estão aqui neste livro. Encontrei a seguinte passagem que reproduzo aqui: "Levanto um pouco e olho para fora pela janela da sala. Vejo as pessoas caminhando na rua, sem máscaras. *Seria essa uma imagem sintoma?* Seria esse um sintoma do nosso tempo? Me dá uma vontade de gritar: '*ainda estamos em uma pandemia!*'. Recordo uma imagem salva há muito tempo no meu bloco de notas, uma imagem escrita em um pedaço de papelão, no acampamento do movimento 15-M na Porta do Sol em Madri em 2011. Está escrito: 'Estamos vivos, parece'. Ainda estamos em uma pandemia. São mais de 148 mil mortes no Brasil. Lembram que era inimaginável 10 mil mortes? E 148 mil mortes é inimaginável ainda? Não. Isso é imaginável. São mais de mil páginas escritas com os nomes de quem morreu de covid-19. E se fizéssemos uma vigília, ao modo de Nuno Ramos, que em 2016 propôs a obra '111 Vigília Canto Leitura' em memória aos 24 anos do Massacre do Carandiru? Nessa obra leram-se os nomes dos 111 mortos por 24 horas. Só para ler os nomes dos 148 mil mortos pela SARS-CoV-2, passaríamos 8 horas lendo. Seria uma performance em que passadas as 8 horas, infelizmente, teríamos mais nomes a acrescentar."

Hoje, passados três anos do início da pandemia, temos mais de 700 mil mortes. Imaginando essa vigília e a leitura dos nomes, ficaríamos mais de 40 horas lendo, mais de cinco mil páginas escritas com os nomes de quem nos deixou. Recordo de um livro de Giorgio Agamben que tem como título "Coisas que vi, ouvi, aprendi". Em uma passagem desse livro escreve: "Com o viver junto: que a existência do outro é um enigma que não pode ser desvendado, mas apenas compartilhado. A partilha desse enigma — os homens a chamam de amor".

Demorei a pensar o que escrever como posfácio deste livro e recordei de uma residente que orientava e que, ao falar sobre seu processo de escrita no período pandêmico, disse: "é difícil escrever em meio à pandemia". Penso que ainda seja difícil escrever o que vimos, ouvimos, sentimos e aprendemos durante esse tempo. Foi difícil atravessar e vivenciar, muitas vezes no corpo, a radicalidade do cuidado e do fazer saúde. Os textos deste livro conseguem dizer sobre isso, conseguem dizer da coragem de viver, de conviver, de partilhar e compartilhar o pensamento e a vida. Dizem da

coragem e da micropolítica do trabalho vivo em ato.

Marília Garcia disse, certa vez, que fechar pode significar um abrir. Fechar um livro que fala de experiências vividas durante a pandemia de Covid 19 é, de certo modo, abrir as portas e janelas, é compartilhar o sensível por meio das palavras escritas enquanto textos de trabalhos de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Podemos dizer, também, que fechamos e abrimos um novo ciclo nos processos de pensamento na formação de residentes multiprofissionais com muitos aprendizados que nos colocaram a questão barthesiana do como viver juntos em meio ao inesperado. As produções aqui presentes são testemunhos do que se viveu. São um pouco do que é possível dizer das coisas que vimos, ouvimos e aprendemos. São textos que versam sobre as novas tecnologias criadas na atenção básica e na saúde mental; as criações de novas roupagens no fazer saúde e educação; as narrativas de desigualdade que intensificaram nesse período; os dizeres epidemiológicos na terapia intensiva.

São textos que dizem do que se viu, ouviu, aprendeu, sentiu e, mais importante, do que se conseguiu escrever sobre. Como escreve Alberto Pucheu “é chegado o tempo de voltar à superfície”. É chegado o tempo de olharmos para nossas aprendizagens e, com um gesto de coragem, dizer da vida.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

