

PARTE I

SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA DE FRENTE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA

ENFERMEIRAS DA LINHA FRENTE À COVID-19 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 02/11/2024

Sonia Acioli

Juliana Roza Dias

Angela Fernandes Leal da Silva

Amanda Rodrigues de Souza

Anna Flávia Nascimento da Rocha

O PONTO DE PARTIDA

O coronavírus responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) foi identificado pela primeira vez na China em dezembro de 2019⁽¹⁾ sendo, em março de 2020, a declaração oficial da Organização Mundial da Saúde de que o mundo vivia uma pandemia⁽²⁾. A transmissão comunitária no Brasil foi declarada em 20 de março de 2020, no entanto, o estado do Rio de Janeiro a decretou oficialmente no dia 13 de março de 2020, implementando a principal medida de controle sanitário, que foi o isolamento social. A partir de então, foram muitas e diversificadas as orientações e direcionamentos de estados e municípios

voltados à organização da atenção à saúde para o enfrentamento da pandemia, face à ausência de uma orientação nacional.

Contudo, o foco de atenção dos gestores nas estratégias ao combate à Covid-19 voltou-se, principalmente, ao atendimento hospitalar. Nesse sentido, os governantes estaduais buscaram equipar estruturas hospitalares como hospitais de campanha, criar leitos hospitalares e realizar a compra de equipamentos voltados às tecnologias duras para o enfrentamento da pandemia. Enquanto isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) ficou em segundo plano, sendo os profissionais de saúde em muitos casos, orientados à paralisação e/ou diminuição de sua atuação nas unidades básicas de saúde. E, a vigilância epidemiológica, quando foi possível, ocorreu baseada em dados de internação e, na ocupação de leitos nas unidades de terapia intensiva.

Nos últimos anos, diante dos ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) a APS já vinha sendo fragilizada com o subfinanciamento, precarização

nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, falta de profissionais qualificados, escassez de insumos, mudanças frequentes de gestão, dentre outros problemas. As políticas de retrocesso, como a Emenda Constitucional nº 95 (EC95) de dezembro de 2016, que diminuiu recursos para a saúde, educação e ciência, induziram a um movimento de desvalorização do SUS e supervalorização do setor privado⁽³⁾.

Nesse contexto, a sociedade civil e, em especial, os profissionais de saúde, foram surpreendidos por uma crise sanitária que resultou até o momento da elaboração deste texto, em cerca de 37 milhões de contaminações e 703.964 mil mortes no país. Somente no estado do Rio de Janeiro, foram apontados 2.813.903 casos de contaminação e 77.291 óbitos⁽⁴⁾.

A APS, ainda que não atue nas formas graves da doença, pode exercer um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia⁽⁵⁾, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária⁽⁶⁾. Portanto, apesar de todas as dificuldades, o SUS e a APS, os trabalhadores da saúde, em especial as enfermeiras/os, técnicas/os, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm demonstrado grande potência na capacidade de continuidade do cuidado no enfrentamento da pandemia.

PLANO DE SISTEMATIZAÇÃO

Pretende-se neste capítulo relatar a experiência na reorganização da prática de enfermeiras na Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio de Janeiro. Participaram dessa sistematização três enfermeiras atuantes na ESF do município do Rio de Janeiro nos seguintes espaços: enfermeira de equipe, gerente de unidade de saúde e preceptora da Residência em Enfermagem em Saúde da Família.

Adotou-se como procedimento para a coleta das informações/ experiências a gravação do depoimento das enfermeiras que também são autoras deste capítulo. Para tal, utilizou-se a seguinte questão de sistematização: Fale sobre a sua experiência como enfermeira da ESF durante a pandemia.

Os depoimentos foram transcritos em sua íntegra. Após pontuadas as experiências de cada depoente, foi realizada uma roda de conversa on-line, para discussão e aprofundamento das experiências destacadas e articulação com o contexto das experiências vivenciadas.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

A reconstrução da história vivenciada será apresentada a partir de três eixos temáticos: o contexto de crise da Estratégia Saúde da Família no período pré-pandemia; as novas conformações de equipe e novos fluxos de atenção à saúde ao longo da pandemia; e a ampliação das práticas e o protagonismo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família na pandemia.

I – Contexto de crise da ESF no período pré-pandemia

As cenas a seguir explicitam o contexto de crise vivenciada pelos profissionais no período que antecedeu à pandemia de Covid-19. A APS do município passava por diversas transformações que influenciavam negativamente desde a organização estrutural até os processos de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Desde março de 2020 a gente tem enfrentado a questão da pandemia com a Covid-19. A organização, o planejamento da organização dos fluxos e de manejo clínico da doença começaram a se dar antes da fase da transmissão comunitária. Contudo, num cenário oriundo das demissões em massa que ocorreram no mês anterior, no mês de fevereiro. Então, os enfermeiros estavam vivenciando um cenário de demissão em massa, reconstrução com vínculos ainda mais precários, incluindo vínculos de PJ e redução salarial. Nesse contexto a gente começa a ter que enfrentar uma doença ainda desconhecida que trazia além das aflições e dos receios enquanto profissional de saúde, nos colocavam no nosso lugar de vulnerabilidade enquanto indivíduos, que também estavam com medo de adoecer e de alguma forma esse medo de contaminação também afeta o desenvolvimento das nossas práticas. (Preceptora)

[...] a insegurança que eu tinha em trabalhar para o SUS e pelo SUS devido ao cenário de desmonte e sucateamento que o município do Rio de Janeiro estava sofrendo em relação a saúde. Atrasos de salário, greves dos funcionários, troca de OS e a redução brusca do salário dos enfermeiros que atuam na saúde da família e mesmo frente a esse problema eu decidi esse ano voltar a trabalhar como enfermeira de saúde da família em janeiro. (Enfermeira)

Denota-se, pelos depoimentos iniciais, que além do medo da doença, que já se apresentava altamente mortal nos países da Europa, a fragilização da APS do município do Rio de Janeiro, trouxe insegurança aos profissionais para o enfrentamento da pandemia que se aproximava.

II – Novas conformações de equipe e novos fluxos de atenção à saúde ao longo da pandemia

No mês de abril de 2020, as equipes começaram a receber inúmeros protocolos e boletins técnicos para a reorganização dos novos fluxos de atendimento das Unidades. Devido ao excesso de informação, frequência e a quantidade de protocolos e notas técnicas que eram emitidas foi dificultada a organização das equipes que necessitavam adquirir em pouco tempo, o conhecimento técnico e científico acerca do vírus para então aplicar às suas realidades.

Em abril, quando o município começa a emitir semanalmente protocolos atualizados com novos fluxos de funcionamento e atendimento nas unidades de atenção primária. (Enfermeira)

Foi possível perceber muita dificuldade em organizar o serviço, muitas planilhas, muitos links, muitas coisas repetidas para tentar organizar o que tomava muito tempo. É... parece que a gente não estava bem organizado e

não estávamos sabendo o que fazer. Então chegava uma planilha e daqui a pouco chegava um link com a mesma coisa que tinha na planilha então você fazia um retrabalho muito grande, era muito cansativo. (Gerente)

Inicialmente a grande preocupação era a organização do serviço com a definição de novos fluxos de atendimentos da Unidade de acordo com as normas sanitárias e epidemiológicas para que o serviço oferecesse segurança tanto para os profissionais quanto para os usuários.

As pesquisas sobre a Covid-19 avançavam e a principal determinação dos cientistas era o distanciamento social e o grupo mais vulnerabilizado em relação ao vírus foram os indivíduos idosos e com comorbidades associadas.

Contudo, a principal estratégia de segurança sanitária para o controle da transmissão do vírus era o distanciamento social para a proteção dos usuários dentro do perfil de risco epidemiológico apontado pela ciência. Assim, foi reduzido drasticamente o atendimento a esses usuários em consequência da diminuição da procura pelos serviços de saúde, o que também se tornou um fator de risco para o óbito desses usuários “desassistidos” pelas suas comorbidades.

[...] a organização do serviço a partir das notas técnicas se dava por meio de mudanças de fluxo com protocolos e recomendações de segurança que restringiam o tipo e o volume de atendimento, tentando evitar a circulação e aglomeração dessas pessoas, principalmente do grupo de risco. Era uma medida de segurança, mas à medida que o tempo de isolamento, de restrição do serviço vai aumentando se tornou um fator de risco para essa população que de alguma forma ficava desassistida das suas questões crônicas. (Preceptora)

Depois nossa configuração flexibilizou um pouco o atendimento dos usuários, principalmente aqueles que a gente deve acompanhar de rotina, como o hipertenso, diabético, que eles ficaram completamente desacompanhados nesse período porque a gente desaconselhava a marcação de consultas a não ser que tivesse descompensado, tivesse agudizado, como a gente diz, aí a gente fazia o atendimento deles, mas tirando isso a gente só renovava as receitas e orientava o isolamento [...] (Enfermeira)

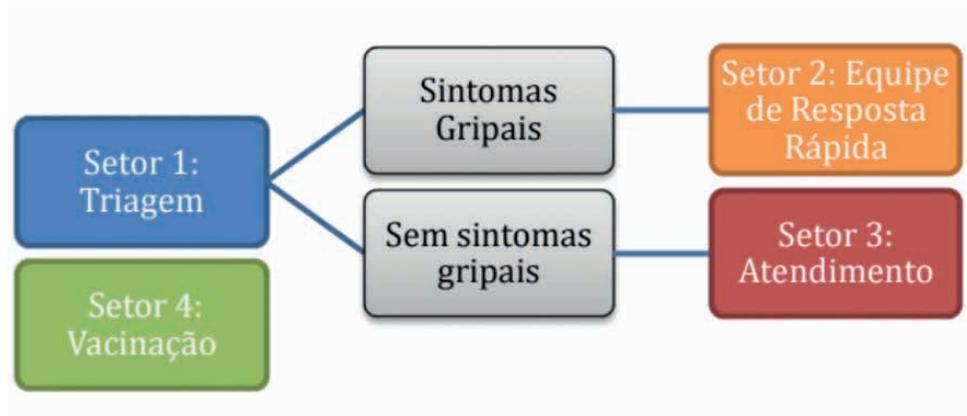
As Clínicas de Saúde da Família foram orientadas em relação à formação de uma equipe denominada de “Resposta Rápida” na qual os usuários com sintomas gripais passavam por uma triagem baseada num protocolo de atendimento e definição dos fluxos no serviço de saúde:

A gente tinha uma equipe que foi uma formação e organização que era a equipe de Resposta Rápida, todos os pacientes com sintomas passavam por essa equipe e ela avaliava e fazia ou não o atendimento. Se fosse assintomático respiratório ou se tivesse síndrome gripal a gente fazia a notificação, a pessoa passava pelo atendimento médico e entrava em isolamento. E, se não fosse, a pessoa ia direto para a equipe dela para fazer atendimento, se fosse uma dor que não estivesse dentro dos sintomas da síndrome gripal. (Gerente)

Era triagem, que é a pessoa que recebe e identifica essa primeira queixa para saber se essa queixa é sintomática respiratória ou não, porque os sintomáticos respiratórios eram atendidos nas áreas externas das unidades, com uma tenda né e com um profissional, esse que fazia a primeira escuta, depois ele era avaliado concomitantemente por um médico e um enfermeiro que faziam essa primeira avaliação clínica e as primeiras orientações, identificando os casos graves que demandariam outras intervenções ou o remanejamento para unidades hospitalares pra internação. (Preceptora)

Os serviços foram divididos em três setores: Setor 1: Posso ajudar: O acolhimento era realizado na porta da Unidade para o direcionamento do usuário de acordo com a demanda; Setor 2: Equipe de Resposta Rápida: atendimento aos usuários com sintomas gripais e; Setor 3: Atendimento de urgência e emergência não relacionados à Síndrome Gripal; e Setor 4: Vacinação na Campanha de Influenza e Sarampo, conforme o esquema apresentado na Figura 1.

Figura 1: Divisão dos serviços em setores.



Fonte: Pelas autoras, 2023.

[...]A unidade foi dividida em três setores [...] as equipes foram fragmentadas e divididas em três setores apenas. Acabou a organização de equipes de saúde da família com um médico, um enfermeiro, um técnico e os ACSs, acabou isso. A gente foi mesclado, tudo misturado e fomos divididos em três setores. O primeiro setor, Posso Ajudar, que é a equipe que ficava na porta triando as pessoas que entravam ou não na unidade e quem estava assintomático respiratório era atendido numa mesinha ao lado. Essa equipe [...] era composta por um médico e por uma enfermeira [...]. Os únicos atendimentos mantidos eram queixas agudas como dores [...], urgência e emergência não relacionados à Covid e [...] as que entravam para atendimento eram atendidas por uma equipe que ficava no primeiro andar dentro de dois consultórios, eram dois médicos um em cada consultório e eles atendiam essas queixas agudas, os pré-natais e acolhimento mãe-bebê que foram as únicas coisas mantidas para atendimento na unidade. Só eram atendidos queixas agudas, urgências e emergências, pré-natal e acolhimento mãe-bebê, além de sala de vacina,

[...] continuou com o fluxo normal para o calendário vacinal, o quarto setor. [...] o segundo setor era a equipe de Resposta Rápida. A equipe de Resposta Rápida era responsável por atender casos de sintomáticos respiratórios leves ou não. E nessa equipe havia um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. [...] esses usuários eram atendidos no segundo andar em uma sala de isolamento com janelas grandes que a gente deixava abertas e todo mundo que chegava com sintomas respiratórios era atendido lá em cima, era feito se precisasse oxigenoterapia, ausculta pulmonar etc., e se necessário a gente solicitava vaga zero [...]. (Enfermeira)

Em maio mudou um pouco a configuração[...] porque nós tivemos a equipe de enfermeiras reduzidas porque desde que eu entrei em janeiro, éramos seis equipes, a gente tinha só quatro enfermeiras, que foram saindo. [...] a gente teve que redimensionar as enfermeiras dentro dessas equipes porque [...] sobraram duas. Demoraram 15 dias para contratar novas enfermeiras e contrataram apenas três enfermeiras. [...] Assim, as equipes dos setores que eu havia dito anteriormente ficaram divididas [...] em: a equipe do Posso Ajudar foi mantida com o médico e o enfermeiro na porta, a equipe de atendimento de queixas agudas, urgências e emergências, pré-natal e acolhimento foi mantida com um médico em cada consultório no primeiro andar, as visitas domiciliares foram retomadas porque em abril elas foram desaconselhadas pela nota técnica, então a gente não fazia visita domiciliar nem a equipe técnica nem os ACS. O Posto de Vacinação externo para a campanha de influenza foi mantido com uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um agente de saúde, a equipe de Resposta Rápida [...] ficou apenas dois médicos e um técnico de enfermagem. (Enfermeira)

[...] a partir de julho entrou um agente de saúde ali na porta conosco, um enfermeiro e dois médicos. Dessa equipe a gente tem a mesinha lateral para quem chega com sintomas respiratórios, aí o médico vai para mesinha lateral, vê os sinais vitais da pessoa e se achar que ela precisa de ausculta pulmonar ou de oxigenoterapia ou está com a saturação alterada ela sobe para equipe de Resposta Rápida, mas a equipe de Resposta Rápida agora é composta por esses mesmos profissionais que ficam na porta. Desses dois médicos e um enfermeiro e o ACS vai subir para equipe de Resposta Rápida um enfermeiro e um médico e vai ficar na porta só o outro médico e agente de saúde. [...] o enfermeiro volta agora para equipe de Resposta Rápida que a gente tinha saído por conta do déficit de enfermeiros e essa equipe faz atendimento lá em cima na sala de isolamento. (Enfermeira)

As notas técnicas também foram mencionadas pelos profissionais, como importantes para a organização dos fluxos de atendimento, no entanto, eram muitas notas técnicas durante cada semana. Traziam grande quantidade de informações acerca do comportamento do vírus e suas formas de controle, trazendo a sensação de complexidade, desorganização e insegurança. Já que a cada nova nota técnica eram alterados os processos de trabalho da unidade.

Em relação à prática a gente mudou completamente a organização da comunidade e ficou bastante complexa a organização, porque como não tinha muita coisa definida a gente recebia muitas informações, muitas notas técnicas. E aí você recebia uma nota técnica na sexta feira, na segunda a nota técnica tinha mudado completamente. Então para organizar o serviço foi bastante complexo inicialmente. (Gerente)

O que foi proposto de organização do serviço na cidade do Rio de Janeiro surgiu a partir de algumas experiências de unidades de referência que deram origem a uma Nota Técnica de Organização do Serviço e Manejo Clínico. Essa nota técnica estabelecia a conduta e a função dos profissionais ainda que essas atribuições fossem algumas compartilhadas, no sentido de escopo de prática. (Preceptora)

Agora quanto ao fluxo de atendimento na unidade. [...] a partir do final de março/abril, a gente começou a receber semanalmente notas técnicas que eram atualizadas a todo momento com novas informações. Percebemos que a informação anterior não era congruente, e que gente estava fazendo alguma coisa errada (desatualizada) nos expondo e expondo os pacientes [...]. às vezes recebíamos até duas vezes por semana, notas técnicas de como conduzir o atendimento dentro da unidade [...]. (Enfermeira)

Os equipamentos de proteção individual, principalmente em relação às máscaras, também foram foco de preocupação dos trabalhadores da saúde, devido à escassez na distribuição pelos órgãos públicos. Mencionam que inicialmente a recomendação era para não necessidade do uso de máscaras, em seguida somente os enfermeiros e médicos usariam as máscaras, até que por fim, foi recomendado que todos utilizassem a máscara.

A primeira nota técnica dizia que a gente não precisava usar máscara, o que desencadeou uma série de problemas, porque os profissionais entendiam que precisavam e a nota técnica dizia que não precisava. Depois a gente conseguiu e veio uma nota técnica dizendo que precisava sim e nós começamos a usar as máscaras. Gerir isso foi muito difícil, porque a gente via o material terminar e ficava muito ansioso e angustiado sem saber se no próximo dia teríamos esses EPIs para os profissionais. (Gerente)

A gente, por mais que a pandemia tivesse vindo, tivesse alterado o contexto e o funcionamento da unidade, a unidade manteve a sala de vacinação nos seus horários de funcionamento normais, porém dentro da sala de vacinação, os profissionais que ali atuavam, não tinham máscaras, não tinham EPIs necessários para atuar ali dentro frente à nova conjuntura. Foi então que eu, na época a RT de enfermagem, nos juntamos para discutir com a gerência que havia necessidade dos profissionais [...] usarem máscaras, uma vez que a gente não consegue manter um metro e meio de distância para fazer a vacinação. A gente precisava chegar perto da pessoa, precisa tocar na pessoa, então a gente precisa usar máscara. Isso foi uma discussão desde o início, desde final de março e início de abril e só em meados de maio que a gente conseguiu máscaras para esses profissionais. As máscaras para esses profissionais dentro da unidade eram negadas, mas isso vinha de ordem superior, vinha da CAP. A gestão alegava que não tinha indicação de usarem máscaras, mas ao mesmo tempo o protocolo que a Secretaria Municipal de Saúde havia emitido estava lá escrito que todos os profissionais deveriam usar máscaras dentro da unidade de saúde. Só que ele restringia esse uso obrigatório aos profissionais que estavam diretamente ligados a pacientes sintomáticos respiratórios. Então foi uma discussão árdua e no meio dessas discussões, a gente só conseguiu a máscara em maio, mas até lá vários funcionários trabalhavam na sala de vacina que é rotativo, as técnicas principalmente, das sete técnicas cinco delas foram contaminadas nesse período. Então, foi assim, um período de muitas incertezas e medo para todos os funcionários e foram feitas diversas denúncias ao Coren, [...] porque

quando mandavam máscaras, eram aquelas tipo tartaruga usadas em obras, de material similar ao TNT e quando a gente, a nossa unidade reclamou com a CAP foi dito que a única unidade CAP que estava reclamando era a nossa e a gente foi meio que “coagido”, [...] Depois de muita pressão vieram dizendo que a CAP desaconselhava o uso desta máscara por profissionais, e que era para distribuir aos usuários. Então eram várias histórias controversas de vai não vai, de vai e não vai, e enquanto isso os profissionais iam adoecendo e se contaminando. (Gerente)

Outra coisa que mudou significativamente [...] foi o uso intensivo dos EPIs. A gente tinha a prática de não utilizar os Equipamentos de Proteção Individual e nós não tínhamos acesso, em um primeiro momento, a esses materiais. Foi uma coisa um pouco difícil, a gente teve alguns tensionamentos para que a gente tivesse acesso, o que fez com que a gente restringisse um pouco mais os atendimentos considerando que só daria para estar atuando na linha de frente naquele momento quem tinha minimamente EPI adequado para fazer o atendimento. (Enfermeira)

O teste rápido de antígeno para Covid-19, também foi destacado pelos profissionais. Inicialmente os testes eram realizados somente nos polos de Covid-19 no município, o que não dava conta de atender toda a demanda da população. Contudo, os enfermeiros relatam a demora no recebimento desses testes nas unidades básicas de saúde, e que quando finalmente foram entregues, chegaram em quantidade insuficiente para atender toda a demanda. A população começou a formar filas nos estabelecimentos de saúde para a realização dos testes. Assim, foi necessária uma nova organização para a prestação do serviço e orientação à população acerca dos critérios para a realização dos testes, sendo definido pela gestão, o direcionamento dos testes estritamente aos profissionais de saúde, os idosos e agentes de segurança pública e que apresentavam sinais e sintomas de Covid-19.

[...] Os testes também demoraram muito a chegar. A gente não recebeu os testes rápidos inicialmente. Nós começamos a testar na Unidade em junho mais certamente no dia 12 de junho que foi descentralizado para as unidades porque até então eram realizados nos polos. Mesmo assim a gente tem critério para testagem, para testar só profissional de saúde, só idosos, para quem é profissional da segurança pública e que tenham os sintomas pelo menos de 14 dias antes de fazer o exame. A orientação é que preferencialmente teste as pessoas que tenham tido sintomas de 14 dias em diante. (Gerente)

[...] teste de Covid que nossa unidade fazia o teste rápido de Covid para IGG e o IGM só em público selecionado. (Enfermeira)

[...] O Rio de Janeiro foi um dos primeiros municípios a começar a realização da testagem, e foi um pouco caótico no início. Nem todas as unidades tinham os testes disponíveis, e a população fez um movimento de testagem muito intenso, colocando-se em algumas situações de risco. Isso ocorreu principalmente porque pessoas que não estavam sintomáticos, mas tiveram contato com alguém sintomático em algum momento iam para a unidade em busca do teste e acabavam ficando na fila junto com os sintomáticos para fazer o teste. Tínhamos dificuldade para separar quem tinha sintomas respiratórios daqueles que estavam com curiosidade ou preocupação de contaminação,

mas não tinham sintomas. A primeira organização era para que só fossem testados os sintomáticos e não os contatos. Então, as pessoas às vezes contavam que estavam com sintomas respiratórios apenas para terem acesso à realização do teste. Também tínhamos uma questão de localização, pois as pessoas se deslocavam muito pela cidade em busca dos testes. (Preceptora)

Foi muito desafiador para os profissionais que estavam no atendimento, pois tinham receio da realização do teste. Quem ficava fazendo testes se sentia ainda mais exposto, pois tinha uma carga de exposição maior. Era a pessoa que lidava com o usuário sintomático sem a máscara, para poder fazer a coleta do material. Então, tínhamos essa instabilidade psicológica e emocional de quem estava ali realizando o procedimento. (Preceptora)

Foi só mais tarde, em 2021, que começou o processo de testagem em massa. O acesso à realização do teste foi amplificado com as aberturas dos polos de atendimento. Os critérios para a realização do teste passaram a ser menos restritivos, e tivemos um potencial de testagem, inclusive com inquérito populacional, como aconteceu no território da Maré e na Ilha de Paquetá [...]. (Preceptora)

Outro desafio das Unidades Básicas de Saúde durante a pandemia, foi a campanha de vacinação de Influenza, em um contexto de isolamento social, em um momento em que o serviço precisava se organizar para convocar os usuários para irem à unidade se vacinar com segurança sanitária. E mais uma vez reorganizar os fluxos de atendimento para que a população aderisse à Campanha seguindo os protocolos de segurança para a não disseminação do vírus.

Enquanto isso em abril, a gente estava no meio da campanha de gripe e de sarampo, então a gente ainda tinha um quarto setor que era o PV externo que a gente manteve para vacinação de influenza e sarampo. Eram um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários para organizar a fila e preencher as coisas burocráticas, como o comprovante de vacinação. (Enfermeira)

A vacinação, em meio a todas aquelas mudanças com os esforços voltados para o enfrentamento da emergência em saúde pública que foi a Covid, tivemos inúmeros percalços e dificuldades desde pensar na logística de RH considerando que a gente já tinha profissionais que não estavam atuando ali no cerne das suas equipes, deslocados para o atendimento nas equipes de resposta rápida ou para a realização da testagem, e veio o período da campanha da influenza. Esse processo da vacinação aumentava o fluxo de pessoas nas unidades, aumentavam a circulação de usuários naquele ambiente. A gente ficava é pautando pequenas medidas, tentando garantir um pouco de segurança. Ainda tínhamos que lidar com alguns usuários que não queriam usar máscara e precisava ser utilizada principalmente naquele espaço. O período da campanha, apesar de ser uma atividade do nosso cotidiano que acontece anualmente ela teve um impacto significativo no serviço no período da pandemia. (Preceptora)

As visitas domiciliares inicialmente foram suspensas devido à recomendação de isolamento social. Com o passar das semanas, paulatinamente foram retomadas as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, orientados a não adentrar nas casas

dos usuários, atendendo ao ar livre, respeitando o distanciamento social e com o uso de máscaras. Em seguida, as visitas domiciliares dos enfermeiros e médicos também foram retomadas:

Com a recomendação de isolamento social, inicialmente, as visitas domiciliares foram suspensas; elas foram proibidas de acontecerem no contexto das equipes de saúde da família. Os agentes comunitários foram instruídos a não realizarem as visitas domiciliares. Com o passar do tempo, isso passou a ser flexibilizado, e algumas visitas voltaram a acontecer, mas era uma visita diferente das que aconteceram antes da pandemia, porque evitava-se entrar aos domicílios. O que antes era preconizado, considerando que era para identificar as condições de vida daquelas pessoas, algumas peculiaridades que só se poderia conhecer adentrando os domicílios, mas não era possível, não era possível frente à recomendação de distanciamento social. As pessoas também não queriam que adentrassem seus domicílios, pois tinham receio de contaminação, receio por se tratar de profissionais de saúde, que foram a categoria mais exposta a possível contato. (Preceptora)

Os turnos de visita domiciliar aumentaram. A gente começou a fazer mais visitas domiciliares no momento porque agora a gente tem dois turnos de visita domiciliar. O agente de saúde também voltou a fazer o acompanhamento de gestantes. Já em maio, estávamos fazendo visitas nas residências. Eles não entravam, ficavam de longe, usavam máscaras, mas agora se identificaram e os enfermeiros e os médicos também voltaram a fazer visita domiciliar naqueles pacientes crônicos, acamados que a gente fazia anteriormente à pandemia, voltando aos poucos com esses atendimentos em domicílio. (Enfermeira)

Em um determinado momento, elas também passaram a ser realizadas para fazer o acompanhamento de sintomáticos respiratórios que apresentavam algum sinal de alerta durante o atendimento das equipes de resposta rápida. (Preceptora)

III – Ampliação das práticas do Enfermeiro de Saúde da Família na pandemia de Covid-19

Nesse contexto de crise sanitária, os profissionais relatam o uso da tecnologia em prol das suas práticas de saúde, sendo citadas as teleconsultas e o telemonitoramento, como uma ampliação da prática dos enfermeiros na Saúde da Família.

[...] Uma outra prática que não surgiu, mas acho que finalmente ela foi reconhecida como uma prática de enfermeiro de saúde da família, é a questão da teleconsulta e o telemonitoramento. A gente acabou se utilizando mais desses recursos para estar em contato e próximo dos nossos usuários. E isso tudo foi acontecendo ao mesmo tempo, porque a gente não teve tempo de parar para organizar, as coisas foram se atropelando e acontecendo ao mesmo tempo. (Preceptora)

ANÁLISES E SÍNTESES POSSÍVEIS

No início da pandemia, o aumento do número de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 no município do Rio de Janeiro se deu em meio a um dos cenários mais difíceis de enfrentamento e resistência ao desmonte da ESF. Em âmbito nacional, as mudanças na APS foram determinadas pela revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, suprimindo os princípios da universalização do acesso através da relativização da organização da APS (que permite a redimensionamento das equipes e da cobertura), e favorecendo práticas que expressam outros modelos de atenção à saúde, focados na doença, considerados obsoletos e insuficientes em relação aos problemas/necessidades de saúde⁽⁷⁾.

No município do Rio de Janeiro, a partir de 2018 com a gestão do então prefeito, a expansão da rede de APS foi desordenada, com uma proposta de aumento da produtividade e redução de equipes, aumento de usuários cadastrados e demissões em massa, quando cerca de 1.400 profissionais foram demitidos só naquele ano⁽⁸⁾. Essas mudanças causaram queda na cobertura populacional e sobrecarga das equipes.

A realidade de enfermeiras/os de Saúde da Família era de incertezas, com excessivas permutas de Organização Sociais de Saúde (OSS) na gestão dos serviços, redução brusca de salários, atraso nos pagamentos, fechamento de Unidades de Saúde, redução de equipes, demissões e movimentos de greves. Somado a isso, esses profissionais se depararam com uma doença desconhecida que mudou todo o planejamento de suas atividades gerenciais e assistenciais, despertando nos mesmos além do desgaste, sobrecarga e frustração – sentimentos que já vinham sentindo – o medo do desconhecido, do adoecimento e da morte.

Diante da celeridade de disseminação da doença, fez-se necessário a reformulação do trabalho desenvolvido na ESF e isso se deu através de Notas Técnicas de Organização do Serviço e Manejo Clínico elaboradas pela Prefeitura, as quais foram criadas a partir da observação de Unidades de Saúde de referência no enfrentamento à doença. Tal documento conduzia e planejava o atendimento de casos suspeitos e confirmados, assim como mudava todo o fluxo de atendimento e visita domiciliares a pacientes com outras necessidades de saúde. Foi uma mudança complexa para os usuários do serviço e para os profissionais, principalmente devido à rapidez com que essas notas técnicas eram atualizadas, chegando a ser mais de uma por semana, corroborando com o aumento da insegurança dos profissionais que percebiam que também estavam se expondo à contaminação pelo vírus.

Com esse novo formato de atendimento, mudou-se entre outras coisas o quantitativo de usuários atendidos por dia, a circulação de pessoas dentro da unidade, barreiras sanitárias, o uso de equipamento de proteção pessoal para os funcionários, abastecimento com material hospitalar e de limpeza específicos, a estrutura das equipes, alterações espaciais para adequar a recepção dos usuários, educar e esclarecer a população.

Os profissionais foram divididos em diferentes equipes para execução de atividades específicas, como a equipe de Resposta Rápida que avaliava de forma otimizada e resolutiva os usuários com sintomas suspeitos de síndrome respiratória aguda. Se fosse um usuário com outra demanda, que não essa era direcionado para outra equipe, e se estivesse grave era encaminhado para unidades hospitalares. Havia também a equipe do ‘Posso Ajudar’, que realizava uma triagem e direcionamento dos indivíduos que buscavam atendimento por quaisquer motivos. Com isso, em algumas unidades, os usuários deixaram de ter uma equipe de referência e, eram atendidos, pelos profissionais escalados naquele dia. Esses e outros aspectos impactaram no acompanhamento e gestão dessas equipes e nos indicadores de saúde, os quais continuaram a ser considerados nas metas cobradas pela gestão municipal.

Em outras unidades foi possível manter atendimentos considerados essenciais, como pré-natal, acolhimento mãe-bebê e atendimentos de urgência e emergência, ou até mesmo realizar as consultas de acompanhamento de paciente com doenças crônicas (hipertensão, diabetes) e infectocontagiosas (tubérculo e hanseníase).

Foi difícil para equipes e gestores dessas unidades se adequarem e conseguirem manter os atendimentos básicos à população, assim como continuar respondendo às demandas administrativas que o serviço impunha, como responder planilha e indicadores, gerando muitas vezes retrabalho e sobrecarga. Da mesma forma foi preciso manter atividades, como planejamento e execução de campanhas de vacinação, pois o início da pandemia se deu em paralelo à campanha de gripe e sarampo. A APS teve um papel fundamental no enfrentamento da pandemia, na continuidade de vigilância, no cuidado individual e coletivo, atuação com as redes integradas de saúde no território e equipamento sociais⁽⁵⁾.

No decorrer do ano, as unidades foram se ajustando e se habituando à nova forma de trabalho, ampliaram alguns atendimentos que haviam sido paralisados, retornaram com visitas domiciliares, grupo de educação em saúde a céu aberto e com poucos participantes. Como essa doença tem chance de tornar-se endêmica, é essencial que mesmo com toda a reorganização da APS, consiga-se manter os atributos de acesso, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária, assim como garantir a continuidade dos processos, prevenção e cuidado⁽⁵⁾.

Dentre os aspectos relacionados ao enfrentamento da pandemia que chamaram atenção no discurso das enfermeiras, um deles foi o medo do adoecimento, o que estava intimamente relacionado à falta de equipamentos de proteção individual (EPI). As primeiras notas técnicas desaconselhavam o uso de máscaras pelos profissionais, que não concordaram e pressionaram os gestores, de forma que as NTs seguintes recomendaram o uso. Contudo, a qualidade das máscaras nem sempre atendeu às normas indicadas pelos serviços de saúde, assim como o número de máscaras distribuídas para as unidades era insuficiente para a troca de duas em duas horas, conforme indicado. Essa situação mais

uma vez deixou os trabalhadores temerosos e expostos à contaminação. Foram necessários inúmeros debates e discussões com os órgãos de gestão da APS para conseguir o mínimo de material para proteção desses profissionais, e até que isso fosse conquistado, muitos deles adoeceram e morreram.

A decisão sobre o uso de EPI é baseada na avaliação do risco de transmissão de micro-organismos através da contaminação pela pele, mucosa e roupas dos profissionais com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do indivíduo doente. Ou seja, tem o intuito de proteger os profissionais e garantir a biossegurança⁹. Como dito anteriormente, a APS é a principal porta de entrada para atendimento de paciente com suspeita de Síndrome Gripal e os profissionais estão expostos a riscos na unidade e no domicílio dos usuários, principalmente durante a realização de procedimentos que envolvem material biológico e liberação de aerossol, e a falta de EPI gera alta incidência de contaminação de profissionais no Brasil.

A atuação do enfermeiro durante a pandemia foi essencial, seja na prevenção e no rastreamento precoce, atuando na equipe de resposta rápida, na escuta inicial, no apoio, no ajudar, ou no atendimento de pacientes com demandas de emergência.

Atividades administrativas e de gestão também fazem parte do trabalho desse profissional, que ao preencher planilhas de indicadores de saúde e realizar a notificação de casos, mantém as autoridades e organizações de saúde pública informadas para que possam tomar as medidas cabíveis junto às instâncias de gestão municipal, estadual e a população.

Em meio à necessidade de diminuir a circulação de usuário na unidade de saúde, surgiu como prática do enfermeiro a teleconsulta e telemonitoramento, uma ferramenta eficaz que os profissionais lançaram mão para dar continuidade ao cuidado, como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos⁽¹⁰⁾, oferecendo suporte de autocuidado de doenças, bem-estar, triagem de sintomas e cuidados paliativos para os usuários, famílias e comunidades.

A sala de vacinação que já era palco de atuação do enfermeiro, com o advento das vacinas contra a Covid-19, deu visibilidade ao trabalho da categoria por sua competência e responsabilidade. Muito mais do que a administração de imunobiológicos, o profissional de enfermagem orienta os usuários, organiza e provê insumos, treina a equipe, registra as doses no cartão de vacinas, apraza as próximas doses, realiza o controle da rede de frios e aplica estratégias para adequação do espaço físico para efetivação das campanhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo pretendeu relatar a experiência na reorganização da prática de Enfermeiras na ESF no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio de Janeiro, onde constatamos um importante papel da APS no controle da pandemia, que inicialmente foi ignorada pela gestão do Comitê Nacional de Saúde de enfrentamento à Covid-19.

Notamos a capacidade e a importância da reorganização dos serviços nas unidades de Saúde da Família, na maioria das vezes protagonizadas por enfermeiras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que superaram os desafios do medo do desconhecido e lideraram a conformação de novos e efetivos processos de trabalho diante das demandas da população.

REFERÊNCIAS

1. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020 Feb 15; 395(10223):507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7. Epub 2020 Jan 30. PMID: 32007143; PMCID: PMC7135076.
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (“COVID-19”): situation report, 94. 2020. [cited 2022 maio 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331865/nCoVsitrep23Apr2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Mariano, CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan/abr 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>. Acesso em: 15 jan 2019.
4. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2023 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2023 [citado em 30 jun 2023]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
5. Daumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 1];36(6). Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n6/e00104120/pt>
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
7. Sperling S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? *Saúde em Debate* [Internet]. Set 2018 [citado 4 abr 2023];42(spe1):341-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/sdeb/a/QYRxcRpTsvgvqc3QdNYbjPL/?lang=pt>
8. Rio de Janeiro (RJ). Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Estudo para otimização de recursos. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV, 2018; [acesso em 2023 abr 04] Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes/tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>
10. Resolução COFEN nº 634/2020 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html