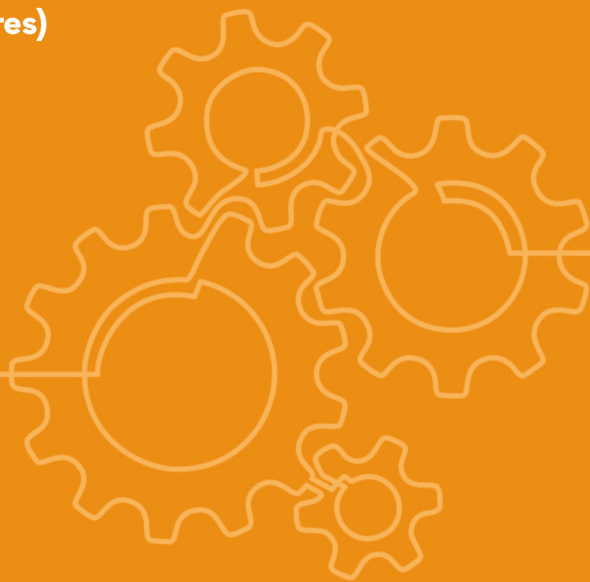




Diários de Quarentena

Sistematizações de experiências
da enfermagem no combate
à pandemia de Covid-19

Alex Simões de Mello
Sonia Acioli
(Organizadores)



**Atena**
Editora

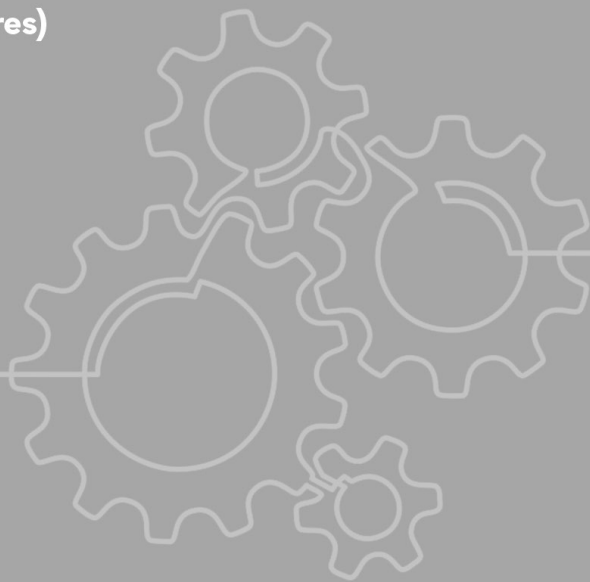
Ano 2024



Diários de Quarentena

Sistematizações de experiências
da enfermagem no combate
à pandemia de Covid-19

Alex Simões de Mello
Sonia Acioli
(Organizadores)



**Atena**
Editora
Ano 2024

Editora chefeProf^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira**Editora executiva**

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 O autor

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à

Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Os manuscritos nacionais foram previamente submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial desta editora, enquanto os manuscritos internacionais foram avaliados por pares externos. Ambos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diários de quarentena – Sistematizações de experiências da enfermagem no combate à pandemia de Covid-19

Diagramação: Nataly Evilin Gayde
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Alex Simões de Mello
 Sonia Acioli

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
D539	<p>Diários de quarentena – Sistematizações de experiências da enfermagem no combate à pandemia de Covid-19 / Organizadores Alex Simões de Mello, Sonia Acioli. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-3028-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.285241612</p> <p>1. Enfermagem. 2. Covid-19. I. Mello, Alex Simões de (Organizador). II. Acioli, Sonia (Organizadora). III. Título. CDD 610.73</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A proposta de sistematizar, numa perspectiva do que foi vivenciado, nos remete à ação de organizar elementos, juntar fatos, agrupar ideias, registrar informações, compreender as ocorrências, ordenar os episódios, compartilhar impressões, tornar sistemático, metódico, ordenado, coerente, e em certa medida, dimensionar a experiência em si.

No campo da Educação Popular em Saúde, a sistematização de experiências tem sido reconhecida como uma proposta político-metodológica que emprega um olhar crítico sobre os processos vividos, interpretando a realidade e construindo espaços de resistência à colonização dos modos de produção de conhecimento. Traz a dialética na elucidação de sentidos, com vistas à transformação das práticas.

Nesse contexto, Oscar Jara, crítico aos modos hegemônicos e excludentes de produção de conhecimentos, reuniu experiências exitosas, fundamentadas na concepção metodológica da hermenêutica e dialética, organizando esquematicamente a “Sistematização de Experiências”. Essa prática busca compreender a realidade histórico-social em sua completude, reunindo fragmentos vivos e contraditórios, como produto da atividade transformadora, inacabada, inerente à vida humana.

O desafio político metodológico atrelado à sistematização de experiências apoia-se no diálogo como suporte à garantia de uma interpretação crítico-reflexiva dos momentos vividos, exigindo esforços pedagógicos que possam reordenar os aspectos relevantes a partir da própria experiência. Desse modo, torna-se um instrumento estratégico na produção de aprendizados, utilizando-se da própria experiência como objeto de exploração, bem como fundamento para a interpretação teórica.

A disseminação do conhecimento produzido a partir das experiências partem, portanto, de uma construção cíclica oriunda da identificação, classificação, ordenamento e reconstrução das vivências que sofrem um processo crítico e reflexivo de sistematização. Desse movimento, produzido a partir de metodologias participativas, obtém-se uma compreensão mais aprofundada sobre as experiências, apontando aprendizagens que venham a contribuir para o aprimoramento e a reconstrução das práticas.

Nesse sentido, o compartilhamento de saberes e práticas ganham novo contorno e borram os contornos entre o científico e o popular, gerando maior autonomia e emancipação aos processos de produção do conhecimento, rompendo com a hegemonia colonizadora e possibilitando transformações da realidade.

O conjunto de narrativas que compõem essa sistematização de experiências, personificando o trabalho de milhares de enfermeiras que atuaram

em linha de frente durante a pandemia de Covid-19, extrapola os limites técnicos e acadêmicos da sua própria ocupação. Pelo contrário, performam pelo transbordamento de afeto, no alinhavo com amorosidade, abrindo espaços para outras vozes e corpos que trabalharam arduamente para garantir que a quarentena, mesmo em seus momentos mais árdus e de cruel iniquidade, fosse respeitada em prol da proteção integral de todas as vidas.

De maneira sistemática, essas experiências reafirmaram que a Enfermagem é verdadeiramente uma prática social, de luta e resistência!

Alex Simões Mello e Sonia Acioli.

A pandemia de Covid-19 produziu um dos momentos mais marcantes da história recente. Sem termo de comparação nos últimos 100 anos de história, a pandemia trouxe à tona a necessidade de repensar as estruturas sociais e a própria relação entre seres humanos e o ambiente. Não havia luz no fim do túnel, pois, como sugerido por Ailton Krenak, não era possível crer em túneis. Em outras palavras, o caminho não estava inicialmente construído, ele era algo que precisaria ser construído com a urgência, a seriedade e os afetos que as sociedades pudessem produzir em coletivo. A cada dia, nas palavras do autor, se fez urgente o adiamento do fim do mundo.

A Ciência e os Profissionais de Saúde foram convocados a dar respostas rápidas sobre o desconhecido na mesma velocidade que grupos hegemônicos tentavam lucrar ao máximo com as vidas (e cuidado de vidas). Contraditoriamente, correntes negacionistas da ciência eram crescentes no Brasil e no mundo. Enquanto Enfermeiras se colocavam na linha de frente para salvar vidas – não por abnegação, mas a partir de um projeto ético-político com a vida –, autoridades profissionais e políticas produziam uma declarada ofensiva contra a ciência e os seus métodos. Para além de uma crise sanitária que impôs desafios à sobrevivência na Terra, a pandemia foi marcada por momentos de contradições que merecem ser lembrados e escrutinados ao longo do tempo. Naqueles anos de 2019 a 2023, a humanidade precisou reaprender a (sobre) viver no mundo.

Nessa perspectiva, a obra “Diários de Quarentena – Sistematizações de experiências da enfermagem no combate à pandemia de Covid-19” não é somente mais um produto técnico-científico tradicional sobre esse período. O livro realiza investimentos teórico-conceituais baseados em experiências e que ressoam as ideias de uma política de cuidado baseada em afetos e uma tessitura de redes balizadas pela lógica da solidariedade e reconhecimento da interdependência dos seres.

O sentido que pauta os capítulos deste livro se desenvolve a partir de uma lógica que parte da compreensão que as relações humanas, sejam elas institucionais ou não, são permeadas por significados compreensíveis pelos sujeitos que se relacionam, bem como por sentimentos de respeito e cuidado mútuo. Afastando-se da visão meramente racionalista da vida, as narrativas das experiências colocam o afeto no centro crítico das relações e, conseqüentemente, do debate acadêmico e dos cuidados em saúde.

Por consequência, compreende as redes de cuidado como estruturas que vão além do âmbito formal dos sistemas de saúde. Assim, os autores analisam as experiências vividas durante a pandemia de Covid-19 a partir de estruturas de apoio e interconexão que rompem com as relações de poder hegemonicamente

estabelecidas no cuidado em saúde. Em outras palavras, os autores, ao narrar as múltiplas experiências durante a pandemia, tratam de aprendizados a partir de redes tecidas na profunda relação entre as pessoas e os ambientes, criando espaços de compartilhamento ativo e recíproco. Essas redes, a princípio, ultrapassam a ideia por vezes simplista de tentar compreender o outro. Ao contrário, esta obra compreende em essência que o “eu” e o “outro” devem ter espaços de fala hierarquicamente horizontais na estrutura relacional.

Assim, a partir das lentes de trabalhadores e estudantes dos diversos níveis de formação, a Obra convida o leitor a (con)viver em um mosaico de experiências de enfrentamento da pandemia de Covid-19. Inicialmente, o livro propõe um debate sobre os saberes e as práticas de enfermagem na linha de frente do cuidado às pessoas, famílias e sociedades durante a pandemia. Abordando a atuação das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, a Saúde do Trabalhador, no Consultório na Rua, na Saúde Indígena e na Unidade de Terapia Intensiva, os cinco primeiros se debruçam sobre os saberes científicos, tradicionais e sua potência no cuidado com vida em sua mais complexa e sistêmica acepção.

Na sequência, o livro aborda as experiências e os desafios da enfermagem nos contextos institucionais e educacionais. Relatando a construção de enfrentamentos coletivos e da relação indissociável entre a academia e os serviços de saúde, os autores percorrem caminhos sobre o cuidado de enfermagem ambulatorial, os desafios da docência no contexto em que a presencialidade da formação em Enfermagem foi desafiada pela pandemia, e a necessidade de reinvenção das formas tradicionais de realização de pesquisas quando a produção de conhecimento era necessariamente fundamental e urgente.






Os três últimos capítulos se concentram na gestão, vigilância e participação social durante o evento que, para além de meramente biológico, expôs as iniquidades em saúde presentes no cotidiano brasileiro. Apesar do inimigo ser comum – o vírus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) –, o adoecimento e os riscos também estavam modulados pelos determinantes sociais em saúde que constituem a vida cotidiana das pessoas. Especialmente no início das infecções no Brasil, em março de 2020, muitas pessoas morreram sem sequer ter a oportunidade do diagnóstico da doença. O negacionismo, como dito anteriormente, também se fazia presente e produzia abismos nas oportunidades de prevenção, diagnósticos e no acesso aos cuidados qualificados. Brasileiros morreram sem oxigênio em hospitais pela inação de autoridades sanitárias.






Nessa direção e com uma abordagem crítica, o livro encerra suas contribuições abordando a vigilância em saúde, a participação social como

elemento fundamental nos gabinetes de crise formados na ocasião e os desafios gerenciais para operar a Atenção Primária à Saúde nesses tempos. Na verdade, o livro não encerra as suas contribuições, mas provoca os leitores a pensar como situações de grave crise sanitária podem produzir ensinamentos futuros para a garantia de dignidade com a vida e do acesso aos serviços de saúde.

Assim, como dito anteriormente, mais que um livro técnico-científico, a aposta dos organizadores em produzir reflexões balizadas pelas experiências vividas por profissionais dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, pavimenta importantes reflexões para a enfermagem e, sobretudo, para o campo da Enfermagem em Saúde Coletiva.

Ricardo de Mattos Russo Rafael

PARTE I - SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA DE FRENTE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA	1
CAPÍTULO 1	2
ENFERMEIRAS DA LINHA FRENTE À COVID-19 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Sonia Acioli	
Juliana Roza Dias	
Angela Fernandes Leal da Silva	
Amanda Rodrigues de Souza	
Anna Flávia Nascimento da Rocha	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416121	
CAPÍTULO 2	16
A SAÚDE DO TRABALHADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Luciana Valadão Vasconcelos Alves	
Magda Guimarães de Araujo Faria	
Lucas Portella Silva Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416122	
CAPÍTULO 3	25
BORRANDO AS FRONTEIRAS DA (IN)VISIBILIDADE: A ENFERMAGEM NO CONSULTÓRIO NA RUA EM TEMPO DE PANDEMIA	
Alex Simões de Mello	
Aline Azevedo Vidal	
Luciana Duarte da Silva	
Jacqueline Cavalcanti Lima	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416123	
CAPÍTULO 4	38
ENTRE CHÁS, REZAS E FUMAÇAS: OS SABERES COMPARTILHADOS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19	
Alex Simões de Mello	
Kassia Janara Veras Lima	
Leonardo José Paiva dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416124	
CAPÍTULO 5	52
EU ESTOU AQUI! ATENÇÃO DO ENFERMEIRO EM TERAPIA INTENSIVA: TECNOLOGIAS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19	
Jessica Bernardes Almeida Borges da Silva dos Reis	
Renata Flávia Abreu da Silva	
Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416125	

PARTE II - DESAFIOS DA ENFERMAGEM NOS CONTEXTOS INSTITUCIONAIS E EDUCACIONAIS	61
CAPÍTULO 6	62
A ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMBULATORIAL UNIVERSITÁRIO: AFIRMAÇÃO DA VIDA CONTRA UM INIMIGO INVISÍVEL	
Patricia Ferraccioli Siqueira Lemos	
Ricardo de Mattos Russo Rafael	
Alessandra Sant'Anna Nunes	
Fernanda Henriques da Silva	
Cintia Araújo Duarte	
Caroline Rodrigues de Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416126	
CAPÍTULO 7	72
A PANDEMIA E A DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM	
Regina Lucia Monteiro Henriques	
Inês Leoneza de Souza	
Jaqueline Santos de Andrade Martins	
Juliana Amaral Prata	
Larissa Souza Silva Coelho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416127	
CAPÍTULO 8	85
PESQUISA EM ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA: AUTORRELATO SOBRE O DEVAGAR-DEPRESSA DOS TEMPOS	
Helena Maria Scherlowski Leal David	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416128	
PARTE III - ENFRENTAMENTO DA CRISE SANITÁRIA NA PERSPECTIVA GERENCIAL	93
CAPÍTULO 9	94
A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO RIO DE JANEIRO	
Mercedes Neto	
Mary Hellem Silva Fonseca	
Flávio Dias da Silva	
Marina Maria Baltazar de Carvalho	
Caio Luiz Pereira Ribeiro	
Nadja Greffée	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2852416129	
CAPÍTULO 10.....	106
A EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO NO GABINETE DE CRISE PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19	
Vicente José Leitão Crisostomo Júnior	
Amanda de Lucas Xavier Martins	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.28524161210	

CAPÍTULO 11 118

OS DESAFIOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO PARA GARANTIA DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Érica Cristina do Nascimento

Adriana Loureiro da Cunha

Maria Regina Bernardo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.28524161211>

SOBRE OS ORGANIZADORES 127

SOBRE OS AUTORES 128

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)

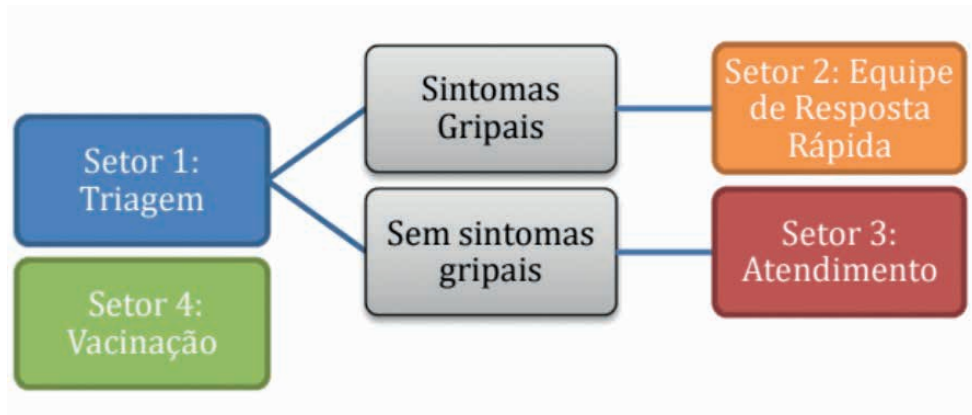
As Clínicas de Saúde da Família foram orientadas em relação à formação de uma equipe denominada de “Resposta Rápida” na qual os usuários com sintomas gripais passavam por uma triagem baseada num protocolo de atendimento e definição dos fluxos no serviço de saúde:

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 a 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/bvsmis/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/j/sdeb/a/QYRxcRpTsvgvcq3QdNYbjPL/?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

A SAÚDE DO TRABALHADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 02/11/2024

Luciana Valadão Vasconcelos Alves

Magda Guimarães de Araujo Faria

Lucas Portella Silva Santos

O PONTO DE PARTIDA

A rápida disseminação do novo coronavírus (Covid-19) a nível mundial durante os primeiros meses de 2020 culminou na identificação de uma emergência de saúde pública, evoluindo para a decretação da pandemia no dia 11 de março de 2020⁽¹⁾.

Nesse sentido, tornaram-se imperiosas as medidas que pudessem controlar a propagação do vírus, minimizando assim, o número de infectados. Consequentemente foram instituídas soluções políticas, como a decretação do isolamento social e o fechamento de órgãos públicos e privados, entretanto, alguns profissionais considerados essenciais permaneceram

em suas atividades laborais, como é o caso dos profissionais de saúde.

O trabalho de profissionais de saúde na linha de frente do combate ao novo coronavírus potencializa a possibilidade de adoecimento devido à exposição prolongada, bem como situações que geram vulnerabilidade aos trabalhadores, como a paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)⁽²⁾.

Em todo território nacional foi registrado até outubro de 2024, quase 39 milhões de casos e mais de 713 mil mortes, com um índice de letalidade de 1,8 %⁽³⁾. A pensar sobre os riscos dos profissionais de saúde frente à atuação na pandemia, a categoria Enfermagem brasileira registrou até junho de 2023, 65 mil casos e 872 mortes, com um coeficiente de letalidade de 2,27 %⁽⁴⁾.

É possível observar que além do potencial de adoecimento pela Covid-19, os profissionais de saúde também estão sujeitos ao adoecimento emocional decorrente da situação de estresse e

ansiedade vivenciada diariamente, traduzindo-se em sentimentos de angústia, medo e até mesmo, em sintomas depressivos⁽⁵⁾.

Um dos cenários de atuação no enfrentamento à Covid-19 é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Reconhecida como estratégia de reorientação da atenção básica, a ESF é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e também um dos maiores empregadores da saúde. No contexto da pandemia, a atuação dos profissionais da ESF foi marcada pelo temor de desabastecimento de EPI, bem como pelas dificuldades gerenciais dos serviços, relacionadas ao manejo de contaminados e criação de fluxos de atendimento⁽⁶⁾.

Dessa maneira, é essencial o conhecimento sobre vivências de profissionais de saúde no contexto de pandemia, sobretudo daqueles atuantes na ESF, devido à necessidade de compreensão a respeito da exposição, adoecimento, recuperação e retorno ao trabalho. Essa necessidade se dá pela possibilidade de observar a saúde do trabalhador sob o prisma do próprio trabalhador, associando-o à sua prática de maneira indissolúvel e contínua, na qual o próprio processo laboral se apresenta como um determinante social da saúde.

SISTEMATIZAÇÃO DO PLANO

Diante de tantos desafios apresentados aos profissionais da ESF no contexto de pandemia, surgiu o seguinte questionamento: como se apresenta a relação trabalho e saúde pessoal de um enfermeiro da ESF no contexto da pandemia por Covid-19?

Sendo assim, este relato de experiência visa descrever a vivência de um enfermeiro da ESF no contexto da pandemia por Covid-19, enfocando sua relação com o trabalho e com sua própria saúde.

O cenário dessa experiência é uma Clínica da Família, localizada na cidade do Rio de Janeiro, instalada em um complexo de três mil m², formado por três unidades de saúde: uma Clínica da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A Clínica possui dez equipes de Saúde da Família e quatro equipes de Saúde Bucal, constituindo um corpo de enfermagem de cinco enfermeiras, dez técnicas de enfermagem, oito residentes de enfermagem e quatro preceptores de enfermagem. As equipes de saúde da família contam também com médicos e agentes comunitários de saúde (ACS), além do apoio de residentes e preceptores de medicina.

É nesse contexto que está inserido o protagonista desta vivência, um residente de enfermagem em saúde da família, egresso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e formado em 2018. O relato foi realizado a partir de sua rotina profissional ao enfrentamento à Covid-19 no período de março a julho de 2020, especialmente, quando este deixa de ser o cuidador para ser o indivíduo cuidado, ou seja, a partir de sua exposição e adoecimento.

Sendo assim, o enfermeiro elaborou um texto livre sobre sua experiência, contemplando observações e reflexões sobre o objeto. A seguir, foram feitos alguns questionamentos motivadores a fim de ampliar a perspectiva do relato. Por fim, este material foi sistematizado pelos autores, a partir da proposta metodológica organizada por Oscar Jara⁽⁷⁾, a qual permite orientar o processo em uma determinada direção, dando, porém, flexibilidade às circunstâncias que a experiência pode apresentar. Por focar sentimentos, sensações e percepções do próprio autor em um contexto individual e não institucional, não houve necessidade de apreciação ética.

O PROCESSO VIVENCIADO

O protagonista deste relato é um enfermeiro formado recentemente pela UERJ e que atuava como residente do segundo ano do programa de especialização em saúde da família – modalidade residência, pela prefeitura do Rio de Janeiro (SMS-PRESF) quando surgiu a pandemia de Covid-19, a qual transformou repentinamente sua rotina profissional. O vínculo empregatício da residência é realizado por meio de contrato de dedicação exclusiva, fixado por um prazo de 24 meses, com bolsa mensal e carga horária de 60 h semanais, divididas em 48 h para a prática e 12 h para a teoria. Com isso, seus dias eram muito corridos e sobrecarregados.

O local de trabalho desse enfermeiro é uma Clínica da Família, uma modalidade de organização da saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. As principais atividades desenvolvidas por ele nessa unidade eram: realização de procedimentos (administração de medicamentos, realização de testagem rápida entre outros), atividades em grupo, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atividades programadas e atenção à demanda espontânea. Além disso, planejava, gerenciava e avaliava as ações desenvolvidas pelos ACS e realizava a vigilância das linhas de cuidado. Essa Clínica da Família possui uma movimentação intensa de usuários, com diversos perfis e panoramas socioeconômicos e culturais, além de ser localizada em um território com muitas discrepâncias, condições, as quais, são consideradas pelo enfermeiro para planejamento de suas intervenções.

Porém, em março de 2020, a infecção pelo vírus SARS-CoV-2 se tornou um problema de saúde pública no Brasil, modificando completamente a vida de toda a população e o cenário de trabalho dos profissionais de saúde. O residente relatou que os profissionais dessa clínica da família se reuniram para preparar um fluxo de atendimento à Covid-19, tendo em vista que naquele momento não havia protocolos ou diretrizes. A partir disso, uma equipe constituída de um enfermeiro, um profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e dois ACS começou a direcionar, na entrada da clínica da família, as pessoas que apresentavam síndrome gripal para atendimento externo à unidade de saúde, com o objetivo de fazer o acolhimento e a identificação rápida de sintomáticos respiratórios. A seguir, esses usuários eram encaminhados para consulta médica e posteriormente, ao

posto pós-exame físico/avaliação médica, no qual o enfermeiro realizava orientações necessárias. O residente de enfermagem participou desse fluxo atuando no acolhimento da entrada da clínica da família e no posto pós-exame físico/avaliação médica.

Os profissionais atuantes nesse fluxo precisavam utilizar máscara cirúrgica, face shield e capote, além de se precaver de possíveis contaminações com fômites e manter o distanciamento social sempre que possível. Esses EPIs foram disponibilizados na quantidade adequada e além disso, houve treinamento para emergências em situação de Covid-19.

Com o aumento do número de casos e as restrições de isolamento social mais rigorosas, os colegas do enfermeiro começaram a relatar sentimentos de vulnerabilidade e suscetibilidade, temendo se contaminarem e transmitirem a doença para seus familiares. Além disso, a apreensão permeava o cotidiano de trabalho, principalmente devido às incertezas quanto ao fluxo, prevenção e tratamento dos acometidos pela Covid-19.

No dia 21/03/2020, o enfermeiro começou a apresentar mialgia intensa, cansaço, tosse seca e febre, sintomas que o deixou acamado por dois dias. No terceiro dia com os sintomas, ele buscou atendimento em uma clínica da família, passou por avaliação inicial da enfermagem e a seguir foi atendido pelo médico, o qual constatou ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e saturação de 96 %. A seguir, recebeu orientações sobre o isolamento social, o uso de antitérmicos, os sinais de alarme/gravidade e a necessidade de realizar o teste de biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2) e/ou exame imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos), antes do retorno ao trabalho.

O enfermeiro fez o teste RT-PCR por meio de coleta de amostra com SWAB no dia 24/3/2020 em uma instituição pública e foi orientado a aguardar até 10 dias para o recebimento do resultado. O local de coleta é descrito por ele como um cenário de filme de terror/suspense, com vários contêineres e profissionais vestindo roupas que lembravam a de astronautas e olhares de desconfiança.

Esse período de aguardo do resultado foi apontado como o mais difícil do processo, no qual ele faz um relato sensível e reflexivo sobre o isolamento social, dizendo como é ruim viver sozinho e não saber o que vai ser do amanhã. Para ele, a cultura gira em torno do afeto e nesse momento, não é possível transmitir o afeto através do toque; não ter escolhas ou não poder fazê-las agoniza o “ser sujeito”, principalmente em um cenário em que é preciso estar longe da família, de pessoas queridas e do lugar de acolhida.

Nessa ocasião de pandemia e de isolamento social, ir ao trabalho dá sentido à vida, segundo o enfermeiro, pois é um espaço em que as relações se reconstróem e se mantêm viáveis. Ainda complementa destacando que estar próximo da subjetividade dos colegas, reinventar as formas de afeto, afastar um pouco as dúvidas sobre o futuro e viver o presente é um estímulo para acordar no outro dia. Sendo assim, afastado dessa vivência surgiram sentimentos, como tristeza, incerteza, ansiedade e medo do futuro.

No dia 02/04/2020 o resultado do RT-PCR indicou ausência de SARS-CoV-2 na amostra e imediatamente, ao relembrar o quadro clínico emergiram questionamentos: como esse resultado é possível? Seria ideal se infectar, passar por todo o processo de adoecimento sem complicações e estar protegido (por mais que não exista confirmação na literatura sobre imunidade pós-infecção)? Não era necessário o isolamento? O enfermeiro retorna ao trabalho no dia 06/04/2020, permeado pelas sensações de felicidade e receio.

Nos dois meses que se seguiram, ele relata que redobrou os cuidados de prevenção da Covid-19, já que a insegurança e o medo de contrair a doença era diário. Porém, no dia 07/05/2020 ele realiza o teste rápido para Covid-19 (IgM/IgG), agendado quando apresentou os sintomas em março e para sua surpresa o resultado foi IgG reagente.

Ao retornar ao trabalho nesse dia, o enfermeiro relata que gostaria de ter sido recebido com abraços de felicitações, pois seu organismo havia criado anticorpos contra o vírus, contudo, nessas novas formas de recriar afeto, foi recebido com um toque entre os cotovelos, que representou muitos sentimentos.

Por fim, o enfermeiro destacou que esta é uma história que felizmente teve um final feliz, diferentemente da história de muitos outros enfermeiros e profissionais da saúde. O número de mortes no Brasil crescia dia após dia enquanto o enfermeiro vivenciava essa experiência e por isso, ele finalizou destacando que é imprescindível pensar na Covid-19 como um problema de saúde pública e que a ciência deve guiar as escolhas, por meio de práticas baseadas em evidências.

AS REFLEXÕES DE FUNDO

O papel de enfermeiro, assim como do residente em enfermagem, na ESF tem uma dimensão assistencial e gerencial, voltado para o indivíduo e para a coletividade, como produção do cuidado integral e gestão de projetos terapêuticos, identificando fatores de risco do território e demandas da população⁽⁸⁾.

Como enfermeiro de saúde da família, o relator desta experiência participou da elaboração do fluxo de acolhimento e avaliação dos usuários em suspeita de Covid-19 na unidade básica em que atuava. Entretanto, o que chamou atenção foi a insegurança e ansiedade diante do desconhecido, situação, essa, identificada também em outros contextos, como o hospitalar⁽⁹⁾.

A ausência de protocolos no princípio da pandemia, as sucessivas mudanças nas condutas e as indefinições terapêuticas e de prevenção são apontadas como fatores de apreensão entre os profissionais de saúde frente à Covid-19, uma vez que expõem os trabalhadores a riscos ocupacionais que poderiam ser reduzidos ou evitados com estratégias protetivas bem definidas⁽¹⁰⁾.

No relato, o enfermeiro menciona a presença de alguns sentimentos, tais como tristeza, ansiedade e medo, durante o seu isolamento social. O processo de reclusão faz

parte das medidas de controle da disseminação da Covid-19, contudo pode acarretar prejuízos para a saúde física e mental, sobretudo em populações sujeitas a um isolamento social prolongado, como é o caso do Brasil. A inatividade física e a modificação dos hábitos alimentares durante esse período são alguns fatores que podem gerar sono inadequado e situações de instabilidade emocional⁽¹¹⁾.

Além disso, havia por parte dos profissionais de saúde o medo de contrair a doença e contaminar seus familiares, principalmente por conta da exposição constante no trabalho. O cenário de pandemia intensificou conflitos diários no ambiente laboral, tais como o medo do adoecimento e a sobrecarga de tarefas, acarretando adoecimento mental de muitos profissionais de saúde atuantes na pandemia⁽¹²⁾.

Não houve relatos sobre escassez de EPIs, contudo, ressalta-se a utilização racional destes dispositivos, já que desde o início da pandemia há indicativos consistentes e situações reais de desabastecimento⁽⁶⁾. Além disso, salienta-se que é fundamental realizar treinamentos voltados para uso adequado dos EPIs, uma vez que o desconhecimento ou ausência de prática na paramentação e desparamentação pode acarretar fragilidade na proteção e conseqüentemente, contato com o vírus.

O enfermeiro em questão não expôs conflitos interpessoais com a equipe, sendo que eles se mostraram acolhedores ao seu retorno ao trabalho. Estudos apontam o apoio por pares como uma das estratégias de proteção à saúde mental utilizadas pelos profissionais de saúde atuantes na linha de frente da pandemia⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Por outro lado, ele apresentou uma sensação de culpabilidade por ter sido afastado sem comprovadamente ser por Covid-19. A autculpabilização em espaço laboral é encontrada em diversos relatos científicos, principalmente quando o trabalhador necessita de algum tipo de afastamento. É possível identificar que os trabalhadores ao lidarem com situações de sofrimento, como um afastamento (ainda que por motivo de doença), podem vivenciar angústia, medo, culpa e até mesmo perda de identidade com o espaço de trabalho⁽¹⁵⁾.

Além disso, ressalta-se que esse sentimento é comum no contexto da enfermagem, devido à inversão do papel desempenhado. Ora, frequentemente observa-se então uma limitação no processo de cuidar, já que este é direcionado ao outro e não a si próprio, o que contribui na culminação de inúmeras situações de sofrimento, sobretudo psíquico⁽¹⁶⁾.

No dia em que o enfermeiro recebeu o resultado do teste rápido, o Brasil apresentava quase 11.500 casos e 102 óbitos de profissionais de enfermagem por Covid-19⁽⁴⁾. Cabe ressaltar que esse teste foi realizado 45 dias após o início dos sintomas, sendo que naquele período o protocolo da cidade do Rio de Janeiro indicava que os testes deveriam ser aplicados em pessoas cujos sintomas compatíveis com Síndrome Gripal tivessem se iniciado há pelo menos 8 dias. Para os profissionais de saúde e segurança pública, solicitava-se adicionalmente que a pessoa estivesse há 72 horas assintomática⁽¹⁷⁾, sendo que, neste caso, o enfermeiro em questão poderia ter realizado o teste rápido anteriormente.

Isso evidencia a fragilidade no fluxo de testagem e diagnóstico no município do Rio de Janeiro, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população.

Por fim, salienta-se que o estabelecimento de protocolos ineficazes, quantitativo de testes diagnósticos insuficientes, dados insuficientes sobre infectados, atrasos na aquisição de vacinas e divulgação de informações incorretas para a população agravaram a pandemia no país⁽¹⁸⁻²⁰⁾. O espaço temporal deste relato de experiência foi de março a julho de 2020 e após esse período o número de infectados por Covid-19 continuou crescendo, tornando o Brasil um dos países com o maior índice de mortalidade da doença no mundo.

OS PONTOS DE CHEGADA

A Covid-19 surge como um desafio para a atenção básica e as demais modalidades de atenção à saúde, fazendo surgir novas condutas de enfrentamento a demandas, até então, desconhecidas. Nesse contexto, a saúde do trabalhador reforça sua relevância, buscando garantir ações protetivas para que esses profissionais fiquem saudáveis e seguros.

Apontamentos relacionados à saúde mental foram frequentes neste relato de experiência, demonstrando uma demanda importante dos profissionais de frente à Covid-19, a qual a área de saúde do trabalhador precisará agir ativamente. É necessário garantir também, acesso adequado ao teste de RT-PCR e testagem rápida, a fim de proporcionar atenção eficaz ao trabalhador e proteção aos familiares, colegas de trabalho e sociedade em geral.

Por fim, descrever a experiência de um profissional que atuou diretamente no combate à Covid-19, que cuidou e precisou ser cuidado, permitiu conhecer por uma perspectiva mais intimista o processo de atuação do enfermeiro de saúde da família e sua relação com o trabalho e sua própria saúde nessa pandemia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO characterizes COVID-19 as a pandemic [Internet]. World Health Organization. 2020 [citado 15 jun 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
2. Nguyen LH, Drew DA, Joshi AD, Guo C, Ma V, Mehta RS et al. [Risk of symptomatic Covid-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study]. MedRxiv. 2020. pré-print. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20084111>
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). COVID-19: Painel coronavírus [Internet]. 2024 [citado 20 out 2024]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório Enfermagem contra o Covid. 2023 [citado 20 out 2024]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>

5. Alves LI do N, Siqueira GR de, Santos G da S, Soares AR de S, Souza AIG, Dantas D de S et al. Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19. *Saúde debate* [Internet]. 2024 [citado 20 out 2024];48(141):e8791. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418791P>
6. Soares SSS, Souza NVDO, Silva KG, César MP, Souto JS, Leite JCRAP. Pandemia de covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2020 [citado 10 ago 2021];28:e50360. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>
7. Freitas ALS. Como sistematizar experiências? Uma proposta metodológica. In: Jara HO. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília: CONTAG; 2012.
8. Ferreira SRS, Perico LAD, Dias VRF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 10 ago 2021];71(suppl. 1):704-09. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
9. Rodrigues NH, Silva LGA. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *J. nurs. Health* [Internet]. 2020 [citado 10 ago 2021];10(n.esp):e20104004. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095608/2-gestao-da-pandemia-coronavirus-em-um-hospital-relato-de-expe_r8ZHcz8.pdf
10. Miranda FMD, Santana LL, Pizzolato AC, Saquis LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [citado 06 jun 2020];25. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1096018/4-72702-v25-en.pdf>
11. Pereira AL, Pazos EM, Tögel M. [Efectos del confinamiento social, preventivo y obligatorio sobre la salud física y psíquica de los comodorenses]. *Rev Podium* [Internet]. 2021 [citado 09 ago 2021];16(1):100-113. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522021000100100&lng=es
12. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX et al. [The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus]. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 9 ago 2021];3(14):217-90. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
13. Choudhury T, Debski M, Wiper A, Abdelrahman A, Wild S, Chalil S et al. [COVID-19 Pandemic: Looking After the Mental Health of Our Healthcare Workers]. *J Occup Environ Med.* [Internet]. 2020 [citado 9 ago 2021];62(7):e373-e376. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001907>
14. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse [Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses]. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 21 ago 2021];17(21):8126. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
15. Giroto C, Diehl L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre a possível relação entre o diagnóstico e as situações de trabalho. *Polêmica* [Internet]. 2016 [citado 21 ago 2021];16(2):90-115. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/polemica.2016.22904>
16. Tomaschewisk-barlem JG, Piexak DR, Barlem ELD, Lunardi VL, Ramos AM. Produção científica da enfermagem acerca do cuidado de si: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2016 [citado 20 ago 2021];8(3):4629-4635. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4629-4635>
17. Prefeitura do Rio de Janeiro. Nota Técnica SVS/SES-RJ nº 28/2020 – Doença pelo coronavírus (Covid-19), informações atualizadas da nota técnica SVS/SES-RJ nº 01/2020. 2020 [citado 06 jun 2020]. Disponível em: https://coronavirus.saude.rj.gov.br/noticias_prof_saude/nota-tecnica-svs-ses-rj-no-28-2020/

18. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas DM, Cotrim Junior DF, Cavalcante JR, Faerstein E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]*. 2021 [citado 2 set 2021];45:e65. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>
19. Lima FET, Albuquerque NLS de, Gurgel Florencio SSG, Fontenele MGM, Queiroz APO, Lima GA et al. Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]*. 2021 [citado 20 set 2021];30(1):e2020788. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100010002>
20. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]*. 2020 [citado 2 set 2021];23:e200032. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>

BORRANDO AS FRONTEIRAS DA (IN) VISIBILIDADE: A ENFERMAGEM NO CONSULTÓRIO NA RUA EM TEMPO DE PANDEMIA

Data de aceite: 02/11/2024

Alex Simões de Mello

Aline Azevedo Vidal

Luciana Duarte da Silva

Jacqueline Cavalcanti Lima

o seu local de vida, onde a hostilidade e a insalubridade andam de mãos dadas, têm sido marcados pela interrupção de sonhos, a quebra de laços afetivos, pelo envolvimento em conflitos, pela precariedade na atenção às necessidades humanas básicas, influenciando de forma ainda mais complexa, as condições de cuidado e saúde⁽¹⁾.

Nesse contexto de (in)visibilidade, exclusão social e alta vulnerabilidade, o acesso às políticas sociais e de saúde torna-se ainda mais desafiador. Nesse sentido, a população em situação de rua, que mesmo à margem da sociedade, sob o aspecto político, está inclusa nos princípios da universalidade, equidade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas operacionalmente tem acesso seletivo aos serviços de saúde, que muitas vezes se limitam às urgências e emergências.

Na contramão dessa realidade, o Consultório na Rua (CnaR) tem sido uma oportunidade de inclusão e garantia de direitos a essa população. Como

O PONTO DE PARTIDA

A vida nas ruas tem se tornado uma amarga e crescente realidade, atingindo as grandes cidades ao redor de todo mundo. As sucessivas crises econômicas de um sistema capitalista desmantelado já não mais impulsionam a geração de renda e trabalho suficientes para que mova e remonte a sociedade enfraquecida. Nos últimos tempos, a pandemia causada pela Covid-19, que para além da catástrofe sobre as vidas humanas, derrubou as esperanças de uma retomada econômica nos modos perversos de acúmulo do capital, atingindo as maiores economias mundiais e ampliando largamente as desigualdades sociais.

A heterogeneidade desse grupo populacional, que fazem do espaço urbano

modalidade de equipe constituída no bojo da Política Nacional de Atenção Básica, visa atender as pessoas em situação de rua na perspectiva integral da atenção à saúde.

Essa proposta surgiu a partir das experiências de equipes de Saúde Mental, que trabalhavam no cuidado à população em situação de rua alinhadas às equipes básicas de Saúde da Família. Por essa iniciativa, o Ministério da Saúde reconhecendo tal importância, buscou fortalecer a atenção, lançando as equipes de *Consultório de Rua*, numa perspectiva voltada para ações de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas. No entanto, ao ser incorporada à atenção básica, afastando-se do olhar particularizado da saúde mental, passou a ser chamada de *Consultório na Rua*, ajustando a lógica e ampliando o escopo de atenção⁽²⁾.

Composto por equipes multiprofissionais, o CnaR atua prioritariamente de forma itinerante, e quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território adscrito, ao qual desenvolvem abordagens e ações em parceria com as equipes básicas de saúde ou da Estratégia Saúde da Família (ESF). Levando-se em consideração as especificidades e diferentes tipos de agravos à saúde dessa população, além da circulação constante por diversos territórios, é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pelo CnaR, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário⁽¹⁻²⁾.

As equipes do CnaR desenvolvem seu trabalho com base no apoio matricial junto às equipes de Saúde da Família, compartilhando suas experiências e estratégias no modo de acolher e cuidar das pessoas não domiciliadas, que se revestem de toda marginalidade, em seu sentido mais amplo, oferecida pelas ruas. Nesse percurso, o compartilhamento de saberes e práticas no âmbito da atenção básica tem sido conduzido como dispositivo interprofissional e interdisciplinar na garantia de uma maior resolutividade e integralidade na atenção à saúde. O trabalho em equipe tem sido a marca de uma proposta que atua para além de um aglomerado de profissionais, prevalecendo a intersubjetividade na condução dialética do cuidado singular àqueles em situação de rua.

No entanto, a chegada da pandemia de Covid-19 ao Brasil, no final do primeiro trimestre de 2020, encontrou um panorama de desmonte e sucateamento dos serviços de saúde pública brasileiro, sobretudo na atenção básica. A fragilidade do SUS, como produto de um governo antidemocrático, autoritário e orientado à mercantilização dos direitos sociais brasileiros⁽³⁾, expôs a população a maiores riscos pela postura anticientífica: quando não se tem tratamento e controle; quando politizadora da doença, na relativização das necessidades eminentes como uma questão política; e pautada na economia em detrimento da vida, postergando a compra de insumos, aparelhamento de unidades de saúde e apoio econômico aos cidadãos desempregados e microempresas⁽⁴⁾. Tudo isso em meio à alta transmissibilidade pelo SARS-CoV-2 e suas variantes, tendo o isolamento/distanciamento social e monitoramento dos casos, como as mais eficazes medidas de intervenção e controle, com o objetivo de conter a velocidade da doença.

Com um contingente crescente e desconhecido, essa população e suas características peculiares, demandam uma complexa estrutura social, como o suporte ao distanciamento/isolamento social que alcance as possibilidades de interrupção na cadeia de transmissão e contágio do vírus. De certa forma, o próprio ambiente das ruas, isentos de abrigo digno e conforto às necessidades humanas, dificultam o isolamento ou o distanciamento social, facilitando as aglomerações para fins de proteção, além da limitação ao acesso a alimentos, água potável, e espaços para higiene pessoal, provocados pelo esvaziamento dos grandes centros urbanos.

Por outro lado, temos a enfermagem, que percorre uma antiga luta pelo reconhecimento de uma profissão de grande efetivo na área da saúde, desenvolvida de uma prática social humanizada e holística, que no escopo das ações em saúde resiste e se torna essencial. Em meio à pandemia, muitas vidas da enfermagem foram interrompidas, na linha de frente, na batalha contra o coronavírus e no permanente duelo contra o desrespeito e o desmerecimento. Faltaram-lhes condições dignas de trabalho, sobretudo o pagamento dos salários e equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva. Mas em nome da ciência e da vida, não abandonaram seus postos. E assim, foram popularmente reconhecidos como heróis⁽⁵⁾.

A enfermagem no CnaR, especificamente durante a pandemia, precisou intensificar o seu papel educador com maior carga de criatividade e persistência, tanto no trabalho com a equipe, apoiando o uso adequado dos EPIs, quanto no contato direto com a população, buscando orientar, prover e auxiliar o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos, da melhor forma possível, considerando as precárias condições em que vivem.

Assim, cabe destacar como ponto focal a ser explorado neste relato, as experiências de enfermeiras atuantes no CnaR em tempo de pandemia de Covid-19, a partir do trabalho desenvolvido na perspectiva da cidade do Rio de Janeiro/RJ e de Manaus/AM. Tais vivências, transpassaram as barreiras da (in)visibilidade e foram trazidas sob dois aspectos: o contexto de trabalho pela ótica estrutural e o ser enfermeiro no CnaR em tempos de pandemia.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

Um novo vírus chega ao Brasil preocupando autoridades de todo o mundo! Como vai lidar o país das desigualdades? A (in)visibilidade das pessoas em situação de rua... O enfrentamento das vulnerabilidades cotidianas... O desemprego crescente... A pobreza aumentando... O envelhecimento acelerado da população... As práticas de saúde cerceadas por políticas mínimas... O enfraquecimento do SUS... A pandemia de Covid-19... Onde tudo isso vai chegar?

Cidade do Rio de Janeiro, março de 2020, iniciava-se o processo de readequação dos fluxos e processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde para enfrentar a maior pandemia que o mundo já viveu, a Covid-19 assustava pelo seu ineditismo!

Apreocupação tomava proporções ao pensar nas estratégias a serem implementadas para lidar com a parte mais vulnerável do território, a população em situação de rua ou *pop rua*, além daqueles que residem em abrigos formais e informais. A aglomeração foi o foco da atenção!

A equipe do CnaR parou para discutir como ficaria o trabalho. Em reunião pesada, a equipe se dividia em opiniões. De um lado, aqueles que indicavam a intensificação das abordagens nas ruas, e de outro, os que pensavam em abordagens estratégicas, além de teleatendimento e monitoramento dos abrigos e instituições parceiras.

Apesar da indecisão sobre as estratégias de ação, havia a necessidade de capacitar a própria equipe, incluindo o motorista da Van (transporte da equipe). Os pontos a serem abordados no treinamento enchia uma lista. Que traziam temas como: o uso correto dos EPIs, a higienização da Van, as medidas de precaução e orientações oferecidas, as medidas preventivas de caráter individual e coletiva, o respeito às singularidades dos pacientes.

O cronograma de atividades da equipe se reorganizava, tendo em vista, a necessidade do reequilíbrio entre as ações nos abrigos, nas ruas, nas unidades de saúde do território, bem como na unidade base da equipe. O que não havia sido levado em consideração, na ocasião, era que boa parte da equipe se encontrava no grupo de risco para a Covid-19, diminuindo o efetivo nas abordagens programadas.

Nesse mesmo período, do outro lado do país, na cidade de Manaus, o caos se instalava pelo acentuado aumento de casos e mortes na capital do estado. Um colapso no sistema de saúde avançava e colocava toda a população em situação de alto risco. As dificuldades enfrentadas pela única equipe do município em lidar com a *pop rua*, cotidianamente, mobilizava autoridades. As possibilidades de trabalho eram mínimas! Até a chegada de dois médicos, uma técnica de enfermagem e duas enfermeiras para ampliar a equipe, fortalecendo as estratégias de abordagem e conformando duas equipes.

Outras iniciativas foram tomadas, por parte do governo, decretando estado de emergência. Uma arena esportiva virou abrigo para acolher a população em situação de rua e evitar a exposição deles sem proteção. No entanto, o trabalho nesse abrigo foi iniciado pela assistência social, para que os usuários fossem cadastrados. E a partir daí, a equipe da saúde entrou, posteriormente à chegada dos pacientes, para iniciar o suporte.

A partir desse ponto, a equipe do CnaR foi chamada. Propuseram um levantamento estratégico das ações de enfrentamento à Covid-19, alinhando o cuidado, de maneira que não somente a população que estivesse abrigada fosse oportunizada, mas sobretudo aquela que havia ficado na rua. Desse modo, com o efeito degradante da pandemia sobre a população, aumentando o quantitativo de indivíduos e famílias em situação de rua, a cidade de Manaus inteira precisava do CnaR, e não só aquelas pessoas que estavam ali no entorno da arena.

E assim, os dias se tornaram ainda mais longos e cansativos! Cada local com os seus desafios! No Rio, a rotina da equipe do CnaR antes da pandemia, seguia com

atividades além das abordagens *in loco*, no território, a equipe costumava atender os pacientes *pop rua* na unidade sede, sob demandas espontâneas a diversas necessidades, como atendimento clínico, solicitação do espaço para tomar banho e realizar sua higiene pessoal, à procura de roupa, dentre outras.

Com a situação da Covid-19, houve aumento da demanda na unidade. Todos com medo da contaminação, fome e sede. A cidade se esvaziava, o comércio fechava as portas. Solicitavam documentos para receber auxílio financeiro do governo, traziam demandas de saúde diversas, para além do aparecimento de pacientes que já não eram encontrados no território de abrangência. Entretanto, chamava a atenção aqueles que, até então, nunca haviam sinalizado interesse em regularizar a documentação. A crise estava em crise, e chegava às ruas!

As demandas eram variadas. Falavam sobre a dificuldade em conseguir alimentação, e até mesmo os “bicos” para arrumar algum dinheiro, pois a rede de apoio construída por alguns estabelecimentos comerciais e instituições religiosas que entregavam comida, tinham suas atividades reduzidas e/ou encerradas devido à quarentena, decretada como medida de contenção da pandemia.

Toda a equipe do CnaR e alguns colaboradores da unidade decidiram fazer marmitas, preparadas pela mãe de uma profissional e distribuídas em pontos que havia maior concentração de pessoas em situação de rua. Percebeu-se durante a distribuição desse almoço solidário que algumas pessoas, fora do grupo assistido, começaram a pedir comida. Esses se encontravam em condições de extrema vulnerabilidade, semelhante aos demais em situação de rua, porém domiciliados.

Conseguiu-se a doação de kits de lanches e máscaras de tecido para distribuir àqueles que fossem até a unidade ou durante as abordagens externas. Paralelo a isso, ainda existiam as demandas fora da Covid-19, como a campanha de vacinação contra a influenza e a continuidade da assistência/acompanhamento daqueles que estavam dentro das condições de monitoramento clínico, como tuberculose, gestação, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pessoas com necessidades especiais.

Na capital amazonense, o ritmo não foi diferente. A equipe se dividia entre as demandas apontadas pela pandemia e o cotidiano dos problemas oriundos da vida em situação de rua. Por algum tempo, a Covid-19 ganhou algum controle, e o suporte precisou ser redirecionado para outras queixas crescentes, como se essa população passasse a ter mais atenção às suas necessidades. Precisou-se ampliar a triagem para tuberculose, por exemplo, investigar casos de infecção sexualmente transmissível (IST) na população que buscava o abrigo na arena. O trabalho foi se tornando exaustivo, com cerca de duzentas pessoas abrigadas, variando para mais.

Às vezes, o quantitativo de pessoas no entorno do abrigo crescia, e precisava de uma abordagem minuciosa para identificar quais que tinham o perfil de adentrar à arena e ficar abrigado. Como o processo levava tempo, foram se acumulando pessoas na parte

externa da arena, aguardando serem cadastrados. O interesse pelo abrigo estava relacionado à possibilidade de receberem o auxílio financeiro proposto pelo governo. Foram momentos bem difíceis! Venciam algumas barreiras pessoais para estar lá dentro, como a abstinência do uso de drogas, porque não seria permitido. Não tinham como contar com o dinheiro que ganhavam nos semáforos, “um corre”, como chamam em Manaus.

Apesar de, a maioria das pessoas em situação de rua estarem naquele local e em seus arredores, outras tantas, mais sofridas pela falta de conhecimento, pelas limitações físicas ou mentais, ou ainda pela idade avançada, estavam sem o cuidado de quem pudesse ir até eles, para promover o seu bem-estar e sua saúde. O volume de atendimento no abrigo impulsionava a distorção do papel do CnaR, bem como o planejamento estabelecido. Acabaram sendo privilegiados os que estavam na arena.

E, nessa arena de disputas, chegaram os sofrimentos, o adoecimento profissional, e as equipes se abateram. Uma realidade ainda mais difícil! O ponto crítico foi quando os profissionais, no auge da pandemia, momento este que a população mais precisava dos cuidados da equipe, começaram a adoecer. Houve uma redução brusca da equipe por contaminação pela Covid-19, e outra parte em afastamento, por pertencerem ao grupo de risco. Aqueles poucos que continuaram na linha de frente, estavam enfraquecidos, com a saúde mental abalada, em crise de ansiedade por tudo que estavam vivenciando. Havia a preocupação em não levar a doença para casa, contaminar familiares. Tudo isso imerso no contexto daqueles que não têm como fazer o isolamento social como deveriam.

Chegou ao extremo, em que o trabalho do enfermeiro acumulava 12 horas diárias, gerando um desgaste que comprometia a integridade física e mental. Havia uma entrega, um envolvimento com a situação daqueles invisíveis aos olhos de um sistema alargador da desigualdade. O corpo começava a pedir o descanso. O campo emocional dominava, e a razão se recolhia! E então, chegou o adoecimento. No afastamento do trabalho para o autocuidado e o isolamento em casa, surgiam algumas reflexões sobre o contraditório de estar no lugar do adoecido, tendo um lugar para repousar, enquanto aqueles que estavam em situação de rua, mesmo adoecidos, como estariam?

A sensação diante do adoecimento, trazia sentimentos de incapacidade no enfrentamento da doença, medo de morrer, tédio perante ao isolamento, a insegurança que dominava os mais variados aspectos da vida pessoal e profissional. Por outro lado, quem se mantinha na linha de frente, amargava a exaustão pela sobrecarga de trabalho, a carga elevada de experiências e emoções negativas devido aos estressores da quarentena, como a interrupção das relações sociais, a esperança remota de que tudo dará certo, na tentativa de minimizar o estado de crise já instalado, associado a comportamentos compulsivos e fobias generalizadas.

Mas ainda assim, a enfermagem que nasce na luta, não foge dela jamais! Ser enfermeira do CnaR em tempos de pandemia é contribuir para o protagonismo transformador da profissão, na busca de um futuro melhor, uma atuação efetiva na prestação do cuidado

integral e qualificado, apesar da estafante assistência direta. Esse pode ser um importante momento na valorização da profissão, carregado de muita responsabilidade, visto o seu papel fundamental no acolhimento e avaliação inicial do paciente, bem como na organização e supervisão da equipe. A Enfermagem promove, verdadeiramente, o cuidado em sua totalidade!

A pandemia para a população em situação de rua é uma batalha ainda mais intensa. As inúmeras incertezas que são enfrentadas cotidianamente afetam profundamente a saúde mental dos pacientes e dos profissionais. O cuidar de pessoas em situação de rua com medidas não farmacológicas de proteção e prevenção à Covid-19 afastam, com maior intensidade, essas pessoas das escassas oportunidades de vida. O esgotamento e a sensação de impotência, em algumas situações que fogem à governabilidade da equipe, bem como o reconhecimento das fragilidades, não é algo fácil, pode levar ao colapso e à negligência da própria saúde.

Ser enfermeira do CnaR é uma dádiva, e ao mesmo tempo um desafio, pois tenta-se trazer esperança para a vida de pacientes que desistiram de acreditar. E não há nada mais gratificante para o profissional de saúde do que acompanhar a recuperação de uma pessoa doente. Todo o trabalho vale a pena, principalmente depois de receber um sorriso e um agradecimento.

AS REFLEXÕES DE FUNDO

As transformações produzidas pela pandemia atingiram diversas esferas da sociedade, desde a dinâmica e logística próprias do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde, diretamente relacionados à doença e seu controle, até o campo social, em setores essenciais, como educação, economia e política.

Um dos temas que ganhou evidência no cenário nacional brasileiro como repercussão da pandemia está relacionado à precarização do trabalho como um importante fator de impacto. O setor da saúde teve significativa expressão nesse panorama, sobretudo pelo seu escopo de atuação, que de modo orgânico, desenvolve atividades laborais por meio do contato direto entre indivíduos, na maioria das vezes.

Utilizando-se do acúmulo de saberes e habilidades próprios e direcionados à condução e manejo dos rumos da pandemia em linha de frente, os trabalhadores da saúde sofrem o dilema de serem aqueles a quem toda população depende para se defender e se recuperar do adoecimento e disseminação da doença, tanto quanto das precárias condições de trabalho a que estão submetidos.

De toda sorte, enfermeiros e equipes de enfermagem viveram na pele os sabores do dilema que se instalou com a agressividade da doença sobre a população, aliada ao obscurantismo e a disseminação de mentiras em larga escala, como parte da política descompromissada do governo federal, em uma postura fascista de base ideológica neoliberal⁽⁴⁾.

No âmbito do SUS, o desmonte progressivo induzido por políticas institucionais que tomaram vulto a partir de 2016, com o golpe que derrubou o mandato da então presidente Dilma Rousseff, culminando na reedição da Política Nacional de Atenção Básica⁽³⁾ e a redefinição do financiamento deste nível de atenção, em 2019, deixaram o Brasil de “cobertores curtos” na oferta de atenção universal e integral à saúde pública, em meio à maior pandemia que o mundo pôde enfrentar. Uma crise sem precedentes!

Nesse contexto, a pandemia de Covid-19 tem sido um desafio exponencial para toda a Atenção Básica, em especial para as equipes de CnaR, visto a necessidade de reorganização do serviço para o combate à doença, além de manter as atividades de rotina que precisam ser asseguradas, apesar da readequação e incorporação de novos procedimentos. A atuação do enfermeiro, junto à sua equipe, vai ao encontro da redução da transmissibilidade da doença, por meio de medidas de isolamento e distanciamento entre as pessoas em situação de rua. Como dito anteriormente, essa é uma ação complexa, e consequentemente multifacetada, que tem sido desenvolvida junto ao território, considerando as especificidades da população a ser acompanhada, e na articulação com a rede de apoio.

O enfrentamento à pandemia traz a necessidade da adequada proteção dos profissionais de saúde, oportunizando ambientes de trabalho em condições seguras para sua realização, evitando que sejam meio de transmissão. Para isso, mudanças na organização do processo de trabalho devem acontecer em conformidade com a realidade local, sendo necessária a promoção da educação permanente com/nas equipes multidisciplinares, e o potencial de identificação do risco para a doença e a garantia do cuidado oportuno⁽⁶⁾.

Um dos desafios do trabalho no CnaR diz respeito à integridade das pessoas em situação de rua afetadas pela extrema desigualdade, e ainda mais depauperada pelas precárias condições de vida. Há um conjunto de fatores que comprometem a saúde física e mental, que dizem respeito aos modos de viver em aglomerados, a inadequação alimentar, do sono, de repouso e higiene, a suscetibilidade ao adoecimento e ao uso e abuso de substâncias psicoativas⁽⁷⁾.

Construir com essa população um entendimento mútuo, pautado no isolamento/distanciamento social, quando sua realidade passa longe das expectativas da vida cotidiana de uma “normalidade”, manifestada muito antes da chegada da pandemia, parece incoerente, no mínimo. Quiçá fazê-los perceber o imperceptível, o inimaginável, o impalpável, que para aqueles com sua integridade mais estruturada, também não os afeta. Uma possível estratégia pode estar relacionada ao percurso, e não aos resultados esperados. Alinhar ações educativas pautadas no diálogo e no compartilhamento, construídas com empatia e amorosidade às práticas, reforçam a capacidade dessas pessoas em coproduzir saúde e cuidado, por menor que seja seu impacto, mas que no coletivo reverberam em ações potencializadoras de vida e saúde⁽⁸⁾.

A Educação Popular em Saúde pode ser o caminho desse percurso, quando à territorialização, furtada pela nova política da atenção básica, deve servir como base de reconhecimento dos problemas de saúde, e dela, a partida para a tomada de decisão⁽⁹⁾. Articulado fortemente com o diagnóstico, o território vivo evidencia o conhecimento, o saber e a potência dos sujeitos que o formam e o transformam.

A equipe de saúde deve ir ao encontro das necessidades, e não as deixar se manifestar pela demanda. Em um estudo de amostragem nacional foram identificadas as medidas mais frequentes adotadas por municípios e estados, e dentre elas se destacaram a adaptação dos pontos de acolhimento já existentes ou aqueles criados em caráter emergencial para aquele momento, bem como a instalação de abrigos temporários destinados ao acolhimento da população em situação de rua⁽¹⁰⁾. A infraestrutura, nessa perspectiva, foi o ponto de maior investimento pelo CnaR durante a pandemia. Isso dialoga diretamente com as experiências deste relato, descritas no Rio e em Manaus.

Torna-se interessante destacar, ainda, algumas estratégias educativas que vislumbravam ações preventivas junto a essa população, como a mobilização comunitária e a articulação intersetorial na arrecadação e distribuição de itens de higiene e alimentação, envolvidas em processos dialógicos de troca de informações e esclarecimentos sobre a doença e suas formas de prevenção. A construção coletiva articulada como meio de enfrentar os desafios sociais, principalmente de base popular, tem sido o caminho das respostas não oferecidas pela velha política institucional capitalista⁽⁸⁾.

Oferecer um suporte às necessidades humanas básicas aqui destacadas, como alimentação, abrigo e oportunidade do descanso e sono, aliadas à preservação da dignidade e dos direitos universais são atitudes essenciais que possibilitam e aproximam ao diálogo. Pela educação em saúde, todos são capazes de construir movimentos críticos, criativos, autônomos, e principalmente insubmissos, permissivos de processos políticos democráticos⁽⁸⁾.

O ser enfermeiro no CnaR em tempos de pandemia: da responsabilidade ao adoecimento

O ser profissional de enfermagem e membro de uma equipe do Consultório na Rua, aos olhos de quem não conhece ambas as categorias sociais pode parecer, sob o aspecto caritativo, uma bela demonstração de humanidade. Não se põe em dúvidas a necessária condição humano no esforço de lidar com tamanho descaso social. No entanto, a perspectiva do trabalho junto à população em situação de rua deve ser muito além do afeto, da solidariedade e da reunião de saberes técnicos.

O CnaR lida de forma direta e sem intermediações, dentre outras coisas, com as mazelas sociais materializadas na degradação humana, em uma luta diária por dar voz e vez a essa população invisível. Uma atividade que extrapola os modos tradicionais do

cuidado à saúde, do olhar sobre a doença, da assistência às necessidades, da oferta de esperança aos abandonados. Torna-se uma luta incansável contra a injustiça social que afeta o acesso aos itens básicos para a promoção e manutenção da saúde integral⁽²⁾.

Por outro lado, a enfermagem, enquanto categoria profissional que ocupa o maior número de trabalhadores no âmbito da saúde mundial, pauta-se em uma luta histórica de contradições e busca pelo reconhecimento do seu fazer, agir, e cuidar em saúde. A enfermagem que cuida, educa, pesquisa e gerencia, como uma profissão da saúde, se mantém em permanente busca pelo fortalecimento da autonomia profissional e pelo reconhecimento da utilidade social do seu trabalho e do domínio de um campo específico/próprio de conhecimentos⁽¹¹⁾.

Essa combinação enfermagem e CnaR merece a devida atenção, em especial neste tempo de pandemia, primeiramente em reconhecimento às suas frentes de batalha, tanto quanto as suas lutas e resistências. O desafiador trabalho da enfermagem desenvolvido no CnaR, que por ora se emoldura numa conjuntura frágil com vistas à pandemia pela Covid-19, tem manifestado sentimentos de apreensão, angústia e medo pelo contexto de incertezas, como mostrou o relato das experiências.

A responsabilidade social da enfermagem nesse contexto pode ser analisada sob dois aspectos, que de certa forma recaem sobre os seus trabalhadores e pesam na lida diária, os dilemas da própria profissão e o apelo do cuidado à população em situação de rua.

No cenário internacional durante o período pandêmico, a categoria foi reconhecida como heróis e ganhou “avatars” como reconhecimento popular ao trabalho desenvolvido, pelas 24 horas de dedicação ao lado dos doentes e até mesmo colocando a própria vida em xeque, pelo cuidado contínuo e de qualidade. Mas esse movimento, longe de ser um insignificante incentivo, não basta para dar conta da profissão no mundo do trabalho. Melhores condições de remuneração, garantias trabalhistas, regimes laborais dignos, ambientes favoráveis e seguros ao trabalho devem fazer parte da pauta de reconhecimento social do trabalho da enfermagem⁽¹²⁾.

A chegada da pandemia amplificou as preocupações cotidianas. A Covid-19 demonstrou alta transmissibilidade e relativa mortalidade, porém até então desconhecida, expressava incertezas com relação ao modo de orientar os pacientes sobre o distanciamento social, a lavagem das mãos, a aplicação de álcool em gel, e o polêmico uso adequado e seguro das máscaras⁽⁷⁾.

Esse foi o ponto nevrálgico dos trabalhadores da saúde no CnaR, sobretudo para os enfermeiros, que na liderança da maioria das equipes se depararam com a ausência do Estado, mais uma vez, sob a invisibilidade dessa população. As iniciativas tomadas nos municípios, majoritariamente, não vieram como propostas institucionalizadas por parte do governo municipal, mas pelos próprios profissionais, que buscaram medidas e cuidados necessários para evitar a contaminação, inclusive pressionando a gestão na disponibilização

de espaços extras para isolamento e acolhimento, o que não foi identificado em estudos internacionais⁽¹⁰⁾.

O isolamento social, enquanto medida protetiva de maior relevância no período pandêmico, dada pela ausência de vacina e tratamento, gerou um dilema no enfrentamento à Covid-19 na Atenção Básica à Saúde. Especialmente nos grandes centros urbanos, sítio de maior concentração da população em situação de rua, a rede de apoio foi rompida pela diminuição drástica de circulação de pessoas e o fechamento do comércio. Nesse cenário agravado pela crise econômica, essa população se coloca como expressão da fragilidade social, que teve a saúde como esteio⁽¹³⁾. Nesse viés, o enfermeiro se coloca como um articulador dentro da equipe multiprofissional e coordena as estratégias de enfrentamento, como mostrado nos relatos.

As escolhas difíceis têm sido comuns no interior das equipes do CnaR, como um desafio que extrapola o conhecimento acumulado, perdendo-se as forças e aumentando as preocupações. O trabalho da equipe no CnaR, muitas vezes sem retaguarda, borra os limites do possível e passa a ser na busca por alojamento/isolamento, alimentação e proteção para aquela população na rua.

Frente a certas condições precárias do trabalho no CnaR, cresce o receio pelo adoecimento ou a contaminação da família, de parentes e amigos, que como fantasmas, rondam os profissionais. O comprometimento da integridade mental e o temido afastamento do trabalho estão presentes, um misto de medo e descontentamento. Nesse bojo, tem sido observado uma maior frequência, dentre os trabalhadores da saúde, de sintomas relacionados à ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas, para além de queixas difusas e sintomas psicossomáticos⁽¹⁴⁾.

O adoecimento de profissionais na equipe de consultório na rua tem sido considerável, já que envolve risco por estarem na linha de frente, e quando associado a comorbidades específicas, aumentam as chances de agravamento e, conseqüentemente, o tempo de afastamento. O diferencial disso tudo é a sobrecarga daqueles que permanecem na equipe, como única referência da população assistida. Esse aspecto implica em um investimento superior ao cotidiano para se aproximar de uma abordagem mais integral, desfavorecida pela decomposição temporária da equipe. Dessa maneira é comum encontrar profissionais exauridos pelo cansaço físico e estresse psicológico, induzindo à redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos seus pacientes⁽¹⁴⁾.

Nesta pandemia, a dura realidade de estar em linha de frente em expressão ao descompromisso institucional do Estado, contribui para a morte de milhares de profissionais da saúde. Em um levantamento da Organização Pan-Americana da Saúde divulgado no mês de setembro de 2020, cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram pelo novo coronavírus, e 2,5 mil morreram por Covid-19 nas Américas, maior incidência dentre as regiões⁽¹⁵⁾. É a enfermagem lidera com o maior volume de mortes dentre esses profissionais no Brasil.

Contudo, o protagonismo da enfermagem no enfrentamento à pandemia tem oportunizado a reinvenção do cuidado e da luta pela valorização. Se direcionado à população em situação de rua, a proposição acontece na construção de elos para além da prática assistencial, investindo na articulação de ações que comprometam diferentes setores, da prevenção a parcerias intersetoriais. Um investimento democrático na produção do cuidado compartilhado.

OS PONTOS DE CHEGADA

Desde o início da pandemia tinha-se a interrogação de “como cuidar da população em situação de rua no cenário de pandemia?”. A todo momento, a preocupação com o manejo dos pacientes que apresentassem a síndrome gripal, a realização do acompanhamento na rua, e o que fazer com aqueles que estavam sob risco de contrair a doença, que para além da vulnerabilidade social pertenciam ao grupo de risco por condições crônicas de adoecimento.

O diálogo foi a solução! Manter o equilíbrio entre a realidade vivenciada por aquelas pessoas em situação de rua, com as orientações do manejo clínico, as medidas de prevenção, cuidado e acompanhamento da equipe fizeram parte das construções cotidianas do enfrentamento a pandemia. O compartilhamento de ideias e a articulação coordenada entre a rede de apoio e a equipe do CnaR favoreceu o percurso e apontou o diferencial na consolidação das propostas.

A partir desta reflexão sobre a atuação do enfermeiro na equipe do Consultório na Rua frente ao combate à Covid-19 com população em situação de rua pode-se afirmar que mesmo diante de tantas adversidades, sobrecarga emocional e estresse ocupacional, a Enfermagem vem mostrando sua competência na condução dos casos e na liderança da equipe, utilizando-se da Educação Popular em Saúde como dispositivo político-metodológico eficaz para potencializar a atuação da equipe multidisciplinar.

Para além das questões de saúde, a enfermagem do CnaR pode tecer saberes e práticas em redes técnicas e de solidariedade, ao mesmo tempo. Ficou ainda mais evidente em nossas andanças, que os diversos arranjos e possibilidades do cuidado produzido socialmente por uma enfermagem multifacetada, competente, de luta e resistência, pode ser capaz de transformar e se reinventar. O fazer em Enfermagem junto à população em situação de rua em tempos de pandemia tem sido desafiador para aqueles que a operam, mas sem dúvidas uma conquista, para aqueles que recebem os seus cuidados.

A valorização da Enfermagem, apesar da essencialidade e expressiva atuação na pandemia, permanece sob o descaso institucional do Estado, explorada e submissa à selvageria do capitalismo falido na brutal e escancarada mercantilização da saúde. Ainda temos muita luta, e com dignidade cursamos na incansável batalha pelo cuidado e manutenção da vida humana.

REFERÊNCIAS

1. Rosa AS, Santana CLA. Street Clinic as good practice in Collective Health. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):465-6. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>
2. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafios para um cuidado em verso na saúde. Interface (Botucatu). 18(49), 2014. p. 251-60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
3. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
4. Lole A, Stampa I, Gomes RLR, organizadores. Para Além da Quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula Editorial; 2020. 282 p.
5. Souza e Souza LPS, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. health. 2020;10(n.esp.):e20104005. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18444>
6. Ferreira SRS, Mai S, Périco LAD, Michelett VCD. O processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da Covid-19. In: Teodósio SSCS, Leandro SS, organizadores. Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid -19. Brasília, DF: ABen/DEAB; 2020. p. 19-26.
7. Reinaldo AMS, Pillon SC, Wagstaff C, Silveira BV, Gomes NMR, Pereira MO. População em Situação de Rua: maior vulnerabilidade e invisibilidade durante a pandemia de covid-19. In: Esperidião E, Sidel MGB, organizadores. Enfermagem em saúde mental e Covid-19. Brasília, DF: ABEn; 2020. p. 45-50 p.
8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Bem; 1987. 184 p.
9. Passos HR, David HMSL, Bonetti O, Leandro SS. Educação Popular em Saúde e o trabalho em enfermagem nos tempos de pandemia. In: Teodósio SSCS, Leandro SS, organizadores. Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid-19. Brasília, DF: ABen/DEAB; 2020. p. 35-43.
10. Honorato BEF, Oliveira ACS. População em situação de rua e Covid-19. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 54(4):1064-1078, jul-ago 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200268>
11. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
12. Brandão, C. A Covid-19 e o adoecimento ocupacional. In: Belmonte AA, Martinez L, Maranhão N. O Direito do Trabalho na crise da Covid-19. Salvador: Editora JusPodivm; 2020. Seção III, Cap. 4, p. 279-93.
13. Macedo JP, Sousa AP. População em Situação de Rua: Expressão (Im)pertinente da “Questão Social”. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 2019, v. 35, e35510. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35510>
14. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3465-3474, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
15. Organização Mundial da Saúde. Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [citado 2021 mar 13]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/89453-cerca-de-570-mil-profissionais-de-sa%C3%BAde-se-infectaram-e-25-mil-morreram-por-covid-19-nas>

ENTRE CHÁS, REZAS E FUMAÇAS: OS SABERES COMPARTILHADOS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Data de aceite: 02/11/2024

Alex Simões de Mello

Kassia Janara Veras Lima

Leonardo José Paiva dos Santos

O PONTO DE PARTIDA

A Covid-19 chega ao Brasil em meio a uma crise política de retrocessos e propaga um clima de hibridez e turbulência. Ao mesmo tempo que especialistas e pesquisadores se preocupavam com as questões sanitárias e de saúde da população, os governantes mostravam o descompasso político e diplomático, na contramão científica, em prol de um movimento político autoritário e antidemocrático. Instalava-se uma nítida rivalidade entre o discurso político e a base científica de enfrentamento à pandemia. Autoridades sanitárias buscavam estudos e evidências no combate ao coronavírus, sendo desconsiderados pelo Estado, que discursava sobre os inevitáveis abalos à economia, ignorando a ciência e lançando alternativas incongruentes, repercutindo

nocivamente na qualidade da atenção e proteção à saúde dos brasileiros⁽¹⁾.

A subversão aos padrões internacionais de recomendação para o enfrentamento a pandemia degradou ainda mais as mazelas do país, ampliando a passos largos a desigualdade social, expondo gravemente os suscetíveis. A população indígena, nesse contexto, com suas peculiaridades e vulnerabilidades acentuadas sobre as condições de saúde, sociais e econômicas, inferiores, se comparadas aos não indígenas, tornaram-se foco à proliferação da doença. Além das diversas fragilidades de gestão que prejudicam massivamente toda a logística de rastreamento, cuidado, notificação e tratamento do índio adoecido. Essa população também sofreu com a (des)governança, pois a disseminação da pandemia se deu a partir da entrada de profissionais da saúde infectados nas aldeias, a presença de garimpeiros e grileiros que aumentaram as invasões durante a pandemia, além da falta de atenção às singularidades de indígenas que se contaminaram ao buscar o auxílio emergencial nas cidades⁽²⁾.

Como um dos países com menor índice de testagem, o Brasil se colocou em posição de subnotificação dos seus casos. Com uma população estimada em 211 milhões de pessoas⁽³⁾, em seis meses de curso da doença no país, um terço testou positivo para o SARS-CoV-2, desde o primeiro caso em fevereiro de 2020. No entanto, esses dados podem ser ainda maiores. A situação tem sido tratada como uma questão política, geradora de entrave econômico, e a contagem de milhares de vidas ceifadas pela maior catástrofe dos últimos séculos poderia ser menor ou evitada, se não houvesse a omissão do Estado e o descompromisso com a garantia de direitos e a falta de respeito à ciência⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, a população indígena também sofreu com a subnotificação, evidenciada pelo levantamento independente de dados realizado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), a partir de um compilado de diversas fontes, que traça um panorama preocupante da doença e diverge para mais, daquele divulgado pelo Ministério da Saúde. Os dados incluem tanto indígenas que vivem nos territórios tradicionais, quanto os que vivem em contexto urbano, que se autodeclaram e possuem laços com seu povo. Até o dia 07 de setembro de 2020, confirmaram-se 30.218 casos positivos, 787 indígenas mortos pela Covid-19 e a expansão em 158 povos afetados⁽²⁾.

No estado do Amazonas, o impacto da pandemia na população indígena é imenso, evidenciado pelos dados emitidos regularmente pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), que apresentam 880 casos confirmados de Covid-19 e 144 óbitos acumulados até o dia 02 de setembro de 2020, distribuídos entre os 06 Distritos de Saúde Indígenas (DSEI): Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Purus, Parintins e o Vale do Javari⁽⁴⁾. Cabe destacar que, os DSEI são compostos por Polos-Base, onde estão sediadas as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), postos de saúde, Casas de Saúde Indígena e pontos de integração com a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁾.

Em relação à distribuição dos casos confirmados de Covid-19 e identificados até 02 de setembro de 2020, os DSEI Alto Rio Solimões e Alto Rio Negro apresentaram maior concentração, com destaque aos municípios de São Gabriel da Cachoeira com 3.015 casos, Santo Antônio do Içá com 610, e Tabatinga com 515 indígenas positivos. Quando se observa as especificidades e vulnerabilidades por etnias, os dados demonstram que os Ticunas (Tikuna, Tukuna e Maguta) e Baré foram os mais acometidos⁽⁴⁾.

Destaca-se ainda, que as ações de saúde desenvolvidas devem ser orientadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que devem reconhecer as especificidades étnico-culturais e os direitos territoriais dos povos indígenas na proteção, promoção e recuperação da saúde⁽⁵⁾.

A singularidade cultural que determina os modos de viver e ser no mundo dos povos indígenas revelam certa dificuldade para aqueles fora do meio, que buscam aproximação, como o caso dos profissionais de saúde. Essa é uma realidade desafiadora, cuja rotina diária de cuidado tem suas peculiaridades, retaguarda especializada e articulação intersetorial para melhor responder às suas necessidades. Existem diversas dificuldades

enfrentadas e vivenciadas, sejam de natureza cultural, com participação social, integração e intercâmbio com as práticas tradicionais, e sejam de natureza operacional, com déficits de financiamento, infraestrutura, rotatividade, falta de profissionais e outros⁽⁶⁾. E esses desafios exacerbaram-se ainda mais com o enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando toda a complexidade para o desenvolvimento e oferta de serviços de saúde para a população indígena no Amazonas.

Cabe ao profissional de saúde que se destina a cuidá-los, um suporte específico, promovendo um cuidado integral e resolutivo, sob a perspectiva da ciência e dos diferentes saberes culturais. A gestão do cuidado no contexto intercultural envolve disputas simbólicas, com relações de poder que, na maioria das vezes, são assimétricas, com predomínio do saber biomédico. As diferenças étnicas e culturais necessitam ser discutidas e colocadas na cena do cuidado, pois há disputas discursivas e interpretativas no cuidado, que por isso precisam ser qualificadas e problematizadas no cotidiano do trabalho⁽⁶⁾.

Considerando esse contexto, destaca-se como ponto focal de exploração neste relato, o impacto cultural no enfrentamento à pandemia de Covid-19: a dialética entre o saber popular e o saber científico, discutindo o impacto da cultura indígena sobre a prática do enfermeiro no enfrentamento à Covid-19, na perspectiva da educação popular em saúde.

A experiência aqui sistematizada diz respeito às vivências de um enfermeiro atuante em uma EMSI, no estado do Amazonas. O compartilhamento dos seus relatos aconteceu em formato dialógico, nos períodos de folga, por meio de mensagens de voz em aplicativos. A partir do compartilhamento dos seus relatos em uma roda de conversa com os demais autores, a narrativa foi mantida com a linguagem popular, resguardado a riqueza dos detalhes, de modo a garantir boa compreensão das suas impressões, sensações, limites e possibilidades.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

Pois é... falar sobre a experiência na assistência à saúde em área indígena parece ser interessante, porque já se vão cinco anos de atuação com essa população no extremo norte do país, especificamente com as etnias Tikuna e Kokama...

As longas viagens de barco entre uma aldeia e outra, se tornaram os melhores momentos para registrar o que foi vivenciado, pois só restavam esperar as horas de banheiro.¹ O envio dos rascunhos era possível quando chegava nas localidades com melhor desenvolvimento, onde geralmente tem acesso à internet, a depender de tantas outras condições estruturais e variações climáticas, contando muito com a sorte... E assim, seguia-se com tudo, um dia por vez!

As experiências aqui narradas ocorreram no cotidiano do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), que atende a oito aldeias na região. Nessa história,

1. Referindo-se ao movimento natural das águas do rio, como marolas no mar, que acompanha o trajeto da embarcação.

a Covid-19 mudou o cenário e literalmente a rotina. A transição vai desde a escala de trabalho, que eram de 20 dias aldeados,² alternado com 10 dias de folga, passando a ser 30 dias de trabalho contínuo nas aldeias, com 15 dias de folga, até mesmo na conscientização sobre a doença, com o fechamento dos acessos aéreos em parceria com o DSEI, para que não tivesse importação da doença de outros estados e municípios. E assim, todos os profissionais da equipe ficaram proibidos de sair do município de atuação nos períodos de folga. Dias difíceis!

Durante os dias distantes das aldeias, os profissionais das equipes de saúde passaram a ser acompanhados pela Comissão de Controle da Covid-19, criada pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), com o objetivo de monitorar e adequar o plano de contingência para áreas de abrangência dessa população. Todos os profissionais passaram a ser acompanhados, principalmente nos sete dias que antecedem o retorno às aldeias. Caso apresente algum sintoma suspeito da doença, impede-se a entrada em área, até que seja descartada a infecção pelo coronavírus.

Nesse plano de contingência há orientações para que as visitas e atendimentos sejam feitos prioritariamente em domicílio, pois ocorriam no Polo-Base, na UBSI ou reunindo a população em visitas às comunidades, para aquelas que não dispõem dessa estrutura. Essas orientações são para a maioria das atividades desenvolvidas na assistência primária na aldeia, como o pré-natal, a vacinação, o atendimento das outras doenças, consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, o monitoramento de casos suspeitos à Covid-19, a exceção das urgências e emergências, sendo estas encaminhadas às unidades.

Isso foi um pouco do que mudou na rotina das equipes, com a pandemia. Mas, também cabe contar aqui sobre os sentimentos que envolveu tanto os profissionais da saúde, que levam o cuidado e ao mesmo tempo, ameaça às aldeias por serem de fora, quanto a própria população indígena dos diferentes povoados, que viam a cada dia a sua cultura de liberdade ser ameaçada frente ao desconhecido vírus que chegava e provocava tantas mudanças.

No início da pandemia, com as primeiras entradas nas aldeias, percebia-se a nítida preocupação e medo da chegada da Covid-19. Em uma delas, o cacique junto com a sua esposa, impediu a entrada da EMSI para prestar assistência. Na ocasião, sua atitude foi bem agressiva, pois acreditava que os profissionais haviam se deslocado para outras cidades e pudessem ter retornado infectados, podendo propagar o vírus na aldeia. O que eles não sabiam, era que durante as folgas os profissionais se mantinham em quarentena. Foi preciso a intervenção do Polo-Base, em visita às aldeias, para explicar sobre o controle sanitário a que passavam os trabalhadores da saúde. Os esclarecimentos foram dados às principais lideranças, primeiramente ao cacique, e na sequência ao vice-cacique, ao conselheiro local, ao pastor, ao pajé e ao gestor da escola, e por último ao restante da população indígena atendida na UBSI.

2. Termo relacionado à imersão do trabalho nas aldeias indígenas.

No mês seguinte a essa intervenção, permitiram a visitação, sendo realizada a assistência casa a casa. Foi percebido que em todas as aldeias estavam fazendo o que chamam de remédio caseiro. Toda casa tinha uma mistura de alguns elementos naturais, e folhas sendo queimadas. Uma espécie de defumação. Ao chegar de barco pelo rio, era possível ver de longe a nuvem de fumaça, à medida que se aproximava da aldeia.

Eles acreditam que o remédio caseiro, compreendido pela mistura dos elementos queimados e aplicados por meio da defumação feita diretamente no local, próximo às pessoas, ou embaixo da madeira,³ associado ao uso de chás medicinais e nebulização caseira,⁴ evitaria ou seria a cura do coronavírus por meio da medicina tradicional.⁵ Inclusive, tal ritual foi feito na UBSI e no alojamento dos profissionais, acompanhado por uma senhora indígena Tikuna, que rezando na sua língua materna, defumou a EMSI com a mistura. Esse foi um momento de conciliação, mediado pelos cuidados tradicionais indígenas.

Como enfermeiro não indígena, atuante nas aldeias, com práticas científicas em harmonia com a medicina tradicional, cabe destacar a relevância nos ritos oferecidos à EMSI, pois restabeleceu a confiança junto à população, repercutindo no acolhimento das visitas domiciliares e na busca por assistência. Porém, não é difícil compreender que essa fumaça, se inalada várias vezes ao dia, em períodos prolongados, bem como se tiver alguém em domicílio com alguma doença respiratória ou sintomas de gripe, poderá trazer danos, causando complicações, principalmente em crianças menores de um ano e em idosos.

Já em relação aos chás utilizados e nebulização caseira, foi percebido que tem feito a diferença na evolução positiva dos sintomáticos para Covid-19, pois a população faz uso no início dos sintomas, evitando agravamento. E essa prática influenciou a equipe, adotando-a pelo uso de chás usados pela medicina tradicional no dia a dia, tanto durante a permanência de trabalho na aldeia, como durante as folgas.

A medicina tradicional, ainda muito praticada nas aldeias, por muitas vezes se interpõe à assistência da EMSI. Se torna mais evidente neste período de pandemia por conta do medo. Muitos indígenas estão ocultando sintomas, com receio de serem monitorados e encaminhados à cidade, para a unidade de referência de média complexidade, não sendo possível ter acompanhante por ameaça de contaminação. Caso ocorra o óbito desse indígena transferido, não poderão trazer o corpo para se despedir e velar, conforme o costume. Querendo ou não, é uma barreira a mais que a EMSI enfrenta, em tempos de pandemia!

No entanto, a ideia de que os resultados obtidos pelo instrumental de trabalho pela equipe de saúde na prática do exame físico e anamnese, não mentem, oferecendo base para o diálogo. Todo investimento tem sido aplicado na prevenção, por meio da busca de

3. Referente à rede, como peça de material diverso, suspenso pelas extremidades, usado para dormir ou embalar.

4. Vaporização a ser inalada à base de composto de ervas.

5. Referente à cultura indígena.

peças com sintomáticos leves, fazendo a diferença na evolução do quadro clínico, a fim de evitar remoções para a cidade. Além da identificação do necessário isolamento. Toda abordagem tem acontecido de forma tranquila, respeitando a cultura dos povos indígenas, sempre no intuito de conquistar a confiança e tentar praticar, ao mesmo tempo, a medicina tradicional e a científica.

Quando se identifica pessoas com sintomas moderados e/ou graves, e há dificuldades em prestar assistência local, recorre-se ao apoio, inicialmente, de lideranças locais e EMSI para conversar com os familiares e o próprio paciente. É necessária a comunicação com alguém da aldeia, que tenha bom entendimento do português para transmitir o que realmente se quer passar, não só por palavras, mas também o sentimento de apoio. Nesse momento a barreira está na comunicação, que precisa ser clara e competente!

Já nos casos em que o indígena apresenta sintomas graves, com comprometimento mental, ou em condição de incapacidade e autonomia, como crianças e idosos, e não aceite a remoção à unidade de média complexidade, é solicitado apoio do DIASI,⁶ CONDISI,⁷ FUNAI⁸ e CRAS,⁹ com o intuito de convencer sobre o encaminhamento. São consideradas as especificidades até esgotar todas as alternativas, fazendo o possível para preservar as tradições indígenas, sem tentar sobrepor a figura do Pajé, pela medicina tradicional, sua cultura em si. Porém, se existe risco à vida, como profissionais, busca-se alternativas para ofertar os cuidados necessários.

Em muitos casos, quando o paciente fica em observação sob cuidados da EMSI, é permitido ao rezador e ao pajé fazerem seus ritos, que julguem importantes e necessários para a recuperação da saúde. Essa é uma realidade cotidiana do enfermeiro e equipe multiprofissional na saúde indígena, a de promover a assistência em diálogo permanente com a cultura tradicional presente, pois para algumas doenças acreditam ter cunho espiritual, e que a cura é igualmente espiritual, através de ritos.

A exemplo de um caso em que prevaleceu a orientação da cultura local, sem a possibilidade de atuação da equipe, foi o caso de um indígena idoso, grave, com suspeita de pneumonia provocada pela Covid-19, já com resultado positivo em Teste Rápido, e apresentando falta de ar. Nessa ocasião, foi solicitado o apoio do SAMU, que também faz remoção de ambulância no traslado até a referência no Município. Mas, infelizmente o idoso evoluiu rápido e veio a falecer, uns 30 a 40 minutos antes da chegada da equipe do SAMU. O corpo foi preparado para o sepultamento seguro, que deveria ser o mais imediato possível, porém, familiares queriam fazer a cerimônia de despedida, mesmo com todas as orientações sanitárias prestadas. No entanto, a dor era tão grande que tomaram o corpo, rasgaram o saco e o velaram como de costume, reunindo muitos familiares e amigos em casa.

6. DIASI – Divisão de Atenção à Saúde Indígena.

7. CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena.

8. FUNAI – Fundação Nacional do Índio.

9. CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

Para esse caso, restou à equipe monitorar algumas pessoas que apresentaram sintomas e participaram desse ritual, porém sem nenhum caso positivo. O óbito nas aldeias, principalmente de idosos, tem uma grande comoção junto à população em geral, pois já se sabe que por muito tempo estes foram referências na transmissão da cultura entre as gerações. Esse caso foi muito emblemático, pois a grande maioria dos pacientes que tiveram Covid-19 e foram encaminhados estão retornando com vida, venceram a doença.

E com todo o controle e segurança, ainda assim, também na saúde indígena tivemos profissionais contaminados, afastando-se da equipe e sobrecarregando os que permaneceram. Sem dúvidas, uma experiência peculiar!

O DSEI em que ocorrem essas vivências têm apresentado uma boa organização para o enfrentamento a pandemia de Covid-19, em termos de planejamento, administração e respeito aos povos indígenas. Disponibilizou EPI, em grandes quantidades, para a EMSI, medicações pertinentes para diminuir sintomas da Covid-19 e aporte para oxigenioterapia aos pacientes que apresentassem sintomas medianos a graves. Além disso, providenciou um espaço de quarentena, em um hotel, para acomodar os pacientes com sintomas leves, sem risco, que receberam alta das unidades de referência, mas que precisavam ser monitorados e isolados, evitando a infecção por Covid-19 de outros pacientes encaminhados por outras enfermidades à Casa de Saúde Indígena (CASAI).¹⁰

Entendemos que mesmo com todas as adversidades que implicam no atendimento às populações indígenas, a assistência pela EMSI tem sido realizada de forma diferenciada, respeitando ao máximo as peculiaridades culturais, se fazendo presente concomitantemente ou não a medicina tradicional. Tem-se trabalhado intensamente com a prevenção do adoecimento, a promoção da saúde e recuperação dessa população vulnerável, evitando que o coronavírus tenha a conotação genocida, termo já usado, porém não condizente à realidade epidemiológica local vivenciada com as etnias por aqui descritas neste relato.

AS REFLEXÕES DE FUNDO

A dialética entre o saber popular e o saber científico - impacto cultural no enfrentamento à pandemia de Covid-19

A dialogicidade entre o saber popular e o saber científico está presente nas práticas do enfermeiro com certa frequência, apesar da sua não distinção na maioria das vezes⁽⁷⁾. O impacto produzido a partir do encontro entre distintas culturas no processo de cuidado, como no caso da atenção à saúde indígena por profissionais não indígenas, aumenta a lacuna entre os saberes e expõe a necessidade do diálogo como estratégia para ampliar a resolutividade.

10. A Casa de Saúde Indígena (CASAI), é responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares da atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes, quando necessário. A CASAI é parte integrante do Subsistema de atenção à Saúde Indígena.

Isso torna-se ainda mais desafiador quando se analisa as experiências construídas durante o enfrentamento da Covid-19 nesses territórios. A atuação profissional na atenção à saúde indígena, especialmente do enfermeiro, exige competências diferenciadas, voltadas às necessidades peculiares dessa população, respeitando as especificidades étnicas e culturais.

Para a população indígena, o território representa mais do que um pedaço de terra – se configura como biodiversidade e cultura. Os rituais de cura e o uso de plantas medicinais na cultura indígena são passados de geração em geração, que outorgam autonomia e resistência aos povos indígenas. Porém, toda a sua integridade e dignidade tem sido oprimida, sua existência ameaçada por fatores sociais e políticos, sob várias perspectivas⁽⁶⁾.

Essa sabedoria transcende até mesmo o plano científico, ampliando para uma compreensão cosmológica, a qual, de forma sistêmica, integra o saber popular, a cultura, a religiosidade, os mitos e o conhecimento, contribuindo, sobretudo, para a constituição de uma territorialidade que ancestralmente produz uma cultura de resistência junto aos povos indígenas. A cultura indígena insiste em reexistir, numa relação que pode tornar-se muito fecunda quando se assume um diálogo emancipador, ‘práxico’ e potencializador de ambos os saberes, com produção de novas sínteses^(8,9).

A aldeia, a floresta, o território, trata-se de um lugar sagrado, repleto de símbolos e de uma profunda reciprocidade com a natureza. É nesse território que reafirmam sua identidade e resgatam sua cultura ancestral⁽⁸⁾. Entender tudo isso e produzir cuidado em situações de pandemia, conhecendo muito pouco sobre a doença, o patógeno e o tratamento, configuram-se um cenário ainda mais desafiador, exigindo do profissional uma postura proativa, empática e respeitosa às especificidades e diferenças de comportamentos inerentes aos povos indígenas.

As políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas no Brasil reconhecem claramente que esta população articula saberes relativos à saúde e à doença, apontando a estreita relação entre estes saberes e a dimensão sociocultural e geográfica de cada povo. É reconhecida a necessidade de diálogo entre essas diferentes esferas, assim como o reconhecimento e valorização das práticas médicas tradicionais, em busca de estratégias para cuidar da saúde dos povos indígenas, reconhecendo que não são receptores passivos no processo de cuidar, que possuem um vasto conhecimento construído ao longo de sua história, que envolve não apenas o processo saúde e doença, mas todo o seu universo sociocultural⁽⁶⁾, numa dimensão ecológica.

Isso é evidenciado claramente no relato descrito, demonstrado em vários trechos, em especial o que infere a dificuldade em manejar os óbitos confirmados por Covid-19, conforme protocolo instituído, ocorrendo resistências da comunidade, em decorrências dos costumes daquele povo. Apesar de todos os riscos de transmissão, predominou o entendimento empático, reconhecendo que a dignidade humana deve ser tratada de forma única e singular, respeitando as diferenças.

Compreender o indígena a partir de seu universo cultural inclui um complexo e delicado trabalho de aprofundar o conhecimento acerca das especificidades das etapas de seu ciclo vital e de seu universo cultural repleto de valores religiosos, chamado de cosmologia, o que inclui intrinsecamente a relação com sua ancestralidade, seu território, o meio ambiente e a natureza⁽⁶⁾.

Considerando esse contexto, outro ponto relevante dessa experiência, trata-se do respeito da equipe de saúde indígena aos saberes da medicina tradicional, reconhecendo inclusive os possíveis benefícios, incorporando-os no uso individual por membros da equipe por livre demanda.

É notório que, para o fortalecimento de vínculos no processo do cuidado, torna-se essencial que ocorra um relacionamento pautado pela tolerância, pelo respeito e apreço à riqueza da diversidade cultural. Quando isso não ocorre, sedimenta-se as relações de subordinação dos povos indígenas, construindo barreiras na confiança e na oferta de cuidado mais resolutivo.

Não obstante, cabe reconhecer a diferença entre os princípios epistemológicos nos quais se ancoram a biomedicina e as concepções de saúde e doença indígenas. Os saberes indígenas possuem concepções próprias de eficácia, cura, doença e bem-estar que, se levadas a sério pelos profissionais biomédicos que os assistem, tornam o diálogo mais fluido e o atendimento de melhor qualidade. Enfatizam que apesar das diferenças epistemológicas, saberes indígenas e científicos possuem processos terapêuticos parecidos, de modo que a dificuldade de diálogo não se deve a nenhuma contradição entre os modelos explicativos, mas a uma atitude etnocêntrica dos profissionais biomédicos que não veem os saberes indígenas como sistemas completos⁽¹⁰⁾.

Os saberes e as práticas dos cuidados em saúde indígenas são plurais, dependendo da cosmologia, dos mitos e das tradições de cada aldeia e etnia. As imagens e percepções sobre o corpo, sobre as doenças e os processos de cura também são diversas, pois estão ancoradas na tradição e nas relações com os saberes biomédicos⁽⁶⁾.

Nesse sentido, vale refletir a partir dos conceitos e imagens dos povos indígenas que tem sido repassados e reforçados na sociedade, e estão na base da construção da nossa compreensão sobre quem são os indígenas, interferindo no campo relacional. Essa perspectiva, no trabalho em saúde, traz implicações diretas sobre a forma como o profissional se comporta neste contexto e suas atitudes frente às situações relativas à interlocução com os indígenas e com as práticas tradicionais de cuidado e cura, agindo com maior ou menor respeito⁽¹¹⁾.

O trabalho complexo e intersubjetivo da enfermagem – desafios à pós-pandemia

Em consonância com esse cenário, o enfermeiro configura-se como um profissional estratégico no processo de produção do cuidado, em decorrência da formação profissional genuinamente humanística, holística, de caráter sociopolítico, sob a perspectiva da oferta de cuidado, compreendendo a necessidade da abordagem integral e situada no território, nas vivências e culturas de cada povo.

A enfermagem é considerada como prática social, que se constitui histórica e socialmente através da organização do trabalho e do arranjo da sociedade de modo mais amplo⁽¹²⁾. Nesse aspecto, o papel social da enfermagem tem sido facilitado por estratégias lançadas pelo SUS, e amplamente abraçadas pela profissão. A enfermagem é essencial ao sistema de saúde, contribuindo com práticas autênticas, interativas e agregadoras, incorporando elementos da educação e da promoção da saúde, bem como atuantes na indução de políticas de bem-estar social de famílias e comunidades⁽¹³⁾.

Pela promoção do cuidado, visto como base da profissão e de forma ampla em todas as suas dimensões, a enfermagem constrói suas práticas sob a prerrogativa viável de caminhar nos diferentes campos de conhecimento, o que justifica a sua atuação com certa habilidade em diferentes realidades sociais⁽¹³⁾. Isso aplicado ao cuidado da população indígena, significa apreendê-lo em sua dinâmica e movimento de produção, se adaptando e se transformando.

A presença constante em campo leva à construção de uma atitude muito particular nos profissionais, em especial, ao enfermeiro, sustentada por um conjunto de percepções sobre os indígenas, seus modos e suas práticas. A prática dos profissionais de enfermagem está imbuída de uma lógica tutelar característica deste campo profissional, e que compartilha discursos e valores comuns ao enunciado sanitarista e indigenista, centrado na pessoa e em salvar vidas⁽¹⁴⁾.

A exigência sobre os modos de relacionar-se no momento da imersão cultural põe à prova um dos maiores desafios sobre o contexto da interculturalidade – a atitude – que precisa ser demarcada pela organização do trabalho e a apropriação das concepções de mundo e de saúde dos diferentes atores envolvidos, indígenas e não indígenas⁽¹¹⁾.

Contudo, o ‘saber fazer’ e ‘saber ser’ que compõem a competência profissional são estabelecidos dentro do território. Dentre os elementos que compõem uma atuação profissional competente nesse contexto, destacam-se o domínio de habilidades técnicas, a capacidade de atuar em equipe e se relacionar cotidianamente com os demais profissionais, bem como a aquisição de conhecimento sobre os povos com os quais trabalha. São habilidades, conhecimentos e atitudes adquiridos e desenvolvidos por meio da vivência do trabalho⁽¹⁵⁾.

Diante disso, o relato sobre o enfrentamento da Covid-19 junto aos povos indígenas reafirmou a necessidade urgente de ações interdisciplinares e interprofissionais, voltadas

às ações de educação, promoção da saúde e bem-viver, sob a perspectiva de construir caminhos, estratégias e alternativas para minimizar as lacunas inerentes ao diálogos e às intervenções profissionais, convergindo saberes da medicina tradicionais e biomédicos para um esforço coletivo para oferta de cuidado resolutivo, à luz da integralidade e interculturalidade.

Os avanços significativos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados para a população são dependentes de decisões políticas, além de esforços para o suprimento de profissionais nessas áreas. É relevante desenvolver formação profissional e estratégias de educação permanente para permitir maior diálogo com as populações indígenas do país, sua cultura e singularidades na produção de saúde, como reconhecimento de sua condição de populações tradicionais no território, mas também como forma de qualificar o sistema de saúde e o cuidado como um todo⁽⁶⁾.

Portanto, é imperioso reconhecer que a construção da relação de vínculo e cuidado com população indígena deve ir além do estabelecimento da confiança. Cabe instituir aproximações sobre a cultura e a diversidade étnica como elementos fundamentais que possam garantir a boa relação terapêutica⁽¹⁵⁾.

E durante os tempos de pandemia, torna-se ainda mais urgente o apoio institucional sob diversas perspectivas, como a oferta de educação permanente, a adoção de estratégias de fixação e provimento de profissionais, o investimento na estrutura para a acomodação da equipe e para produção do cuidado, dentre outras.

Paradoxalmente à realidade do relato aqui apresentado, mas de tamanha importância para o debate nacional, tem sido no contexto de pandemia que muitas fragilidades ressurgiram como problemas estruturais, de ordem político socioeconômica, sendo expostas pelas lentes da saúde pública os efeitos nocivos do sistema capitalista, propagador de desenfreada desigualdade. E nesse panorama encontramos a enfermagem, que diretamente no enfrentamento à Covid-19 sofre com precárias condições de trabalho, e que por muitas vezes, quando em locais mais pobres, aumentam a prevalência de atuação em unidades do SUS em franco sucateamento, sem condições dignas de desenvolver as suas práticas com segurança e proteção. As desigualdades que assolam o país e estão representadas na força de trabalho da enfermagem, também se manifestam pela triste realidade de entrarem na estatística do grande número de infectados e mortos pela pandemia⁽¹⁶⁾.

Sobre a valorização profissional nessa luta diária, tem sido recorrente as diversas formas de agradecimento aos profissionais de saúde em combate ao coronavírus, mas a intensa rotina da enfermagem tem mostrado o quão valorosa tem sido a sua atuação, nas mais variadas frentes e contextos. Com espírito humanista seus profissionais têm lutado fortemente a favor da vida e se posicionados vulneráveis, apesar de todas as dificuldades encontradas⁽¹⁷⁾.

Atuante sempre nos desafios, resgatando a sua teoria e aprimorando a sua prática, a cada dia reacende uma enfermagem. Nessa direção, como a profissão do futuro, desenvolve o seu trabalho pautado na compreensão do indivíduo como um ser total, singular e complexo, dotado de capacidade auto-organizativa, e protagonista do próprio processo saúde-doença⁽¹³⁾. Serão muitos os desafios na pós-pandemia, mas certamente a enfermagem se colocará em posição de destaque, mostrando muito além do que salvar vidas e organizar o processo de trabalho.

OS PONTOS DE CHEGADA

A experiência vivenciada e narrada neste relato, protagonizada pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, tem desafiado os limites do contexto peculiar da pandemia pela Covid-19, por meio da troca de saberes interculturais, respeitando as especificidades de ambas as partes envolvidas. Na maioria das vezes, o diálogo e o compartilhamento de saberes vêm tendo desfechos positivos na conscientização e recuperação da população sobre essa enfermidade, que nebulosamente, ainda carece de estudos sobre suas manifestações em humanos e suas consequências em momento pós-infecção.

É passível de se referenciar pela convivência diária em campo, que a medicina tradicional Indígena utilizada de forma consistente por eles, em período precoce à infecção pelo coronavírus, pôde minimizar alguns sintomas e não permitiu que evoluíssem à gravidade. Por outro lado, se faz necessário, principalmente mediante à pandemia, que a EMSI se aproprie dos conhecimentos técnico-científicos, bem como aqueles desenvolvidos dentro do ambiente indígena, para que se estabeleça uma comunicação mais efetiva.

Essa dinâmica também construída pela equipe de enfermagem, requer dos profissionais que tenham empatia sociocultural para compreender e gerenciar as atividades de forma integral, inserindo elementos tradicionais (populares) no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, junto ao conhecimento científico. A despeito da multiplicidade de saberes, a práxis se estabelece como dispositivo pedagógico e garantidor de respeito e compartilhamento de saberes, independentes da origem.

Quando a equipe consegue criar vínculo com a população e lideranças locais na aldeia onde está inserido, facilita o processo de trabalho como um todo, pois o apoio local consequentemente melhora o desenvolvimento de todas as atividades a serem executadas pela EMSI. A autonomia e a emancipação podem ser então, palpáveis e apreciáveis, como estruturas fundantes do cuidado compartilhado, fruto de um profundo respeito aos preceitos da educação popular em saúde.

O enfermeiro à frente desse processo, de luta diária pelos direitos do povo indígena, certamente se fortifica, se instrumentaliza, e constrói pontes indestrutíveis na consolidação de um futuro promissor para a enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos Avançados**. 34 (99); 2020. p. 25-44. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>
2. APIB. **Articulação dos Povos Indígenas do Brasil**. Acesso em 07/09/2020. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Estimativa da População - 2020**. Acesso em 07/09/2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>
4. FVS. **Fundação de Vigilância em Saúde**. Acesso em 23/09/2020. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/transparenciacovid19_dadosepidemiologicos
5. Ferla AA, Trepte RF, Schweickardt JC, Lima RTS, Martinho A. Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre a produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saude Redes**. 2016;2(3):241-261. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3>
6. Schweickardt JC, Silva JMBF, Ahmadpour B. **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural** - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/9786587180106>
7. Acioli S, Kebian LVA, Dias JR, Corrêa VAF, Daher DV, Martins ALX. Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. **Online braz j nurs** [internet] 2016 Dec [cited year month day]; 15 (4):644-654. doi: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165465>
8. Ignácio, ZM, Oncay STV, Fagundes JR, Bertollo AG, Cadete D. **Educação Popular e Saúde: O cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/9786587180038>
9. Freire P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1987.
10. Grupioni LD, Vidal L, Fischmann R. **Povos indígenas e tolerância – construindo práticas de respeito e solidariedade**, São Paulo, Edusp; 2001.
11. Martins JCL. **O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural**. Dissertação (Mestrado). Orientadora Cleide Lavieri Martins. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2017. 174 p.
12. Trezza MCAF, Santos RM dos, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev Bras Enferm**, Brasília; 2008, nov-dez; 61(6): 904-8.
13. Stein-Backes DS, Stein-Backes MS, Lorenzini-Erdmann AL, Büscher A, Salazar-Maya AM. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichan**; 2014; 14(4): 560-570. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.10>
14. Silva, CD da. De improvisos e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira, CC, Garnelo, L., organizadores. **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 181-212.

15. Ribeiro AA, Fortuna CM, Arantes CIS. O Trabalho de Enfermagem em uma Instituição de Apoio ao Indígena. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 2015 Jan-Mar; 24(1): 138-45. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002480013>
16. Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Nursing workers: Covid-19 pandemic and social inequalities [editorial]. **Rev Esc Enferm USP**. 2020;54:e03599. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020ed0203599>
17. Forte ECN, Pires DEP. Nursing appeals on social media in times of coronavirus. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(Suppl 2):e20200225. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0225>

EU ESTOU AQUI! ATENÇÃO DO ENFERMEIRO EM TERAPIA INTENSIVA: TECNOLOGIAS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Data de aceite: 02/11/2024

Jessica Bernardes Almeida Borges da Silva dos Reis

Renata Flávia Abreu da Silva

Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

O PONTO DE PARTIDA

A hora de cuidar de pessoas com a Covid-19 chegou. Cuidados intensivos com pacientes, profissionais, familiares e amigos. O receio em enfrentar o primeiro plantão em uma Unidade de Terapia Intensiva específica para pacientes com Covid-19, encontra coragem na força, no compromisso, na responsabilidade e no saber do enfermeiro intensivista!

A experiência aqui sistematizada incide em um contexto de atuação profissional que requereu pronto atendimento (de atenção, gestão e aprendizado) do enfermeiro no cuidado às

pessoas com Síndrome Respiratória Aguda relacionada à Covid-19 em unidades de atendimento de alta complexidade. O cuidado do enfermeiro, o qual perpassa a atenção direta às pessoas em suas necessidades de saúde e a gestão do cuidado no cenário de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), atrela-se ao paradoxo profissional vivenciado na produção de um cuidado de enfermagem complexo, o qual requer tecnologias leves, leve-duras e tecnologias duras⁽¹⁾ no enfrentamento à Covid-19.

Com a oficialização da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), em 11 de março de 2020, e a emergência de saúde pública internacional decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾, o medo, a ansiedade e a necessidade de (re)construir o cuidado do enfermeiro e a gestão das práticas de cuidar tornam-se presentes nos diálogos da equipe de enfermagem. A Covid-19 como uma nova doença, que pouco se conhecia, e a falta de tratamento específico, foram apontados pelos profissionais de saúde como fatores de estresse e adoecimento⁽²⁾ em sua rotina.

Nossa construção apoiou-se, então, na atuação do enfermeiro intensivista na UTI em um contexto de uma nova doença. A necessidade de posicionamento, quanto às ações de saúde pública no âmbito internacional, potencializou-se em nosso cenário de práticas sob diferentes formas: por meio do planejamento de chefias e direções de hospitais para abertura dos temíveis “CTI COVID”; pela necessidade de obras e adequação do ambiente hospitalar; pela busca por saberes e práticas (des)conhecidas; pelo, misto de medo e ansiedade da equipe de saúde; e pela contratação, às pressas, de novos profissionais para os cenários de cuidados críticos.

Destaca-se que as UTIs são responsáveis pelo tratamento de aproximadamente 13,8 % a 15 % dos pacientes com Covid-19⁽³⁾. Esses pacientes sofreram de injúrias respiratórias e necessitaram de suporte mecânico para manterem sua ventilação, além do uso de fármacos vasoativos que ajudaram a manter a sua estabilidade hemodinâmica, havendo, com isso, a necessidade iminente de profissionais capazes de prestar uma assistência adequada e livre de danos⁽³⁾.

Prestar assistência adequada e livre de danos tornou-se a agenda do enfermeiro intensivista em seu cenário de atenção à saúde e de gestão de cuidados. Assim como cresce a necessidade de novos leitos na UTI, também crescem os questionamentos quanto: a um ambiente seguro para a prática de cuidado das equipes de saúde; à necessidade de saberes quanto à criticidade da pessoa com Covid-19 e ao acesso às tecnologias duras; à oferta de um cuidado oportuno e em tempo hábil; e à proteção dos profissionais de saúde no que se refere ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

Sim! A preocupação inicial esteve voltada para o acesso às tecnologias duras, no que se refere ao aumento no número de leitos hospitalares, compra de ventiladores mecânicos e padronização de procedimentos, racionalizando a gestão de recursos e custos. Todavia, a prática de cuidado revela a necessidade de uma gestão, a qual, também, se materializa no apoio (ao paciente, aos familiares e aos profissionais), na escuta, na sensibilidade, na educação permanente, na busca pelo conhecimento (daquilo que é novo!) e na assistência direta à pessoa com diagnóstico de Covid-19. Esses elos que se convergem no cuidado do enfermeiro, parecem ser (ou estar) invisíveis ao discutirmos a sua prática de cuidado na UTI no enfrentamento à Covid-19.

PLANO DE SISTEMATIZAÇÃO: Nossos passos para compartilhar e produzir visibilidades de...

É no plantão de uma Unidade de Terapia Intensiva específica para pacientes com Covid-19 que “a ficha demora a cair”! O profissional apresenta medo, ansiedade e receio pelo que é novo. Indaga se é capaz e segue para produzir novos cuidados em saúde e proteger a vida de todos.

O papel do enfermeiro na assistência ao paciente internado na UTI tem apontado para uma prática que requer conhecimento técnico e científico; disponibilidade física, emocional e ética; e respeito pela vida humana de todos: paciente, família e equipe, independente da tecnologia em saúde utilizada. Apesar da unidade em apreço ser um local com equipamentos de tecnologia de ponta, caracterizada por ser um ambiente inóspito, com ruídos, alarmes, iluminação constante e realização de procedimentos invasivos⁽⁴⁾, a discussão quanto à necessidade de uso de diferentes tecnologias para a garantia da qualidade do cuidado foi presente no cenário da terapia intensiva, principalmente durante a pandemia relacionada à Covid-19.

Nesse contexto, a prática de gestão do cuidado desenvolvida pelo enfermeiro na UTI é descrita durante a pandemia de Covid-19 como complexa, articulando-se a: medidas de prevenção e segurança dos profissionais que atuam nos cuidados; estratégias para minimizar ou prevenir os efeitos adversos da referida doença; construção de planos de cuidados de acordo com a necessidade de cada paciente; identificação das principais complicações relacionadas à Covid-19; instalação de medidas de suporte ventilatório adequadas; e treinamento da equipe de saúde⁽³⁾. São práticas consideradas inerentes ao enfermeiro frente à complexidade ao assistir, associada à implementação do processo de enfermagem ao paciente grave internado na UTI com Covid-19⁽⁵⁾.

Atenta-se que, a visibilidade da prática de cuidado do enfermeiro em UTI, descrita na produção científica nacional, converge para o uso de equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais que retratam a produção do cuidado voltada ao uso de tecnologias duras na prática profissional, em um ambiente de realização de procedimentos invasivos constantes^(4,6). Essa complexidade de práticas caracterizou-se como um desafio para o enfermeiro intensivista, principalmente pela necessidade de respostas rápidas ao enfrentamento à Covid-19.

É nesse contexto de pandemia em um ambiente desfavorável⁽⁶⁾, no qual o pronto atendimento (de atenção, gestão, aprendizado!) do enfermeiro se faz presente e muitas vezes é invisibilizado. Trata-se da partilha em equipes de novos passos, saberes e práticas para o pronto atendimento de atenção e gestão, dos quais o enfermeiro precisa estar pronto para atuar no caos, na guerra; ao cuidar do paciente e seus familiares; e da equipe de saúde, durante a pandemia de Covid-19.

Todavia, tais práticas iniciam-se mesmo antes de sua entrada no ambiente hospitalar. São práticas que se relacionam à necessidade de um checklist mental com as diversas atribuições a serem executadas ao longo do plantão em uma nova e específica UTI (“CTI COVID”); ao planejamento dos pertences a serem utilizados durante o plantão; à necessidade de higienização destes no retorno para casa; e à responsabilidade de cuidar com segurança e qualidade, na defesa pela vida.

Assim, torna-se importante conhecer como ocorreu o pronto atendimento (de atenção, gestão e aprendizado!) do enfermeiro no cuidado às pessoas com Síndrome

Respiratória Aguda relacionada à Covid-19 em UTI sob a perspectiva das tecnologias leve, leve-dura e dura, na produção da prática de cuidado de enfermagem de qualidade e de forma segura.

Para tanto, utilizou-se a experiência profissional para compor este relato, conversas informais com enfermeiros intensivistas, acrescido de uma entrevista coletiva on-line pelo aplicativo Google Meet® com enfermeiras intensivistas e um diário de anotações pessoais. Quanto aos recursos empregados para o desenvolvimento do relato, destaca-se o uso de artigos científicos e material publicado em sites eletrônicos de domínio público.

O recorte temporal descrito nessa sistematização refere-se ao período de março a julho de 2020, momento de aprendizado, conhecimento e (re)produção de práticas de cuidados no enfrentamento da Covid-19. Nesse contexto, a produção dessa sistematização de experiências traz para o diálogo a prática de cuidado do enfermeiro e, em especial, o paradoxo vivenciado e invisibilizado de suas práticas.

Salienta-se que o diálogo aqui apresentado responde à importância de compreender, refletir e dar visibilidade às práticas de cuidado do enfermeiro para potencializar o seu papel no enfrentamento da Covid-19. Todavia, identifica-se o protagonismo da enfermagem contemporânea, relacionada ao pronto atendimento (de atenção, gestão e aprendizado!) nem sempre descritos na literatura quanto às lutas e conquistas do enfermeiro voltadas ao enfrentamento da Covid-19. Tais práticas parecem invisibilizadas ao serem descritas na literatura científica.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO: O plantão da inauguração: medo, entrega e presença do enfermeiro na abertura do CTI COVID

Praticar o cuidado no CTI-COVID-19 durante a pandemia... necessidades em saúde nunca vivenciadas pela maioria da população, com todo conhecimento, muito recente! Assim, ocorre o processo vivenciado no primeiro dia, do primeiro plantão, junto ao primeiro paciente com Covid-19.

A doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) foi identificada em dezembro de 2019, na China, e considerada como emergência de saúde pública internacional em janeiro de 2020, sendo no mês de março do referido ano, oficializada como pandemia. Por ter disseminação extremamente rápida, medidas de mitigação aos vírus foram tomadas, no que se refere ao distanciamento social, uso de máscaras faciais e incentivo à higienização das mãos⁽²⁾.

O contexto vivenciado pelos enfermeiros na produção do cuidado de enfermagem, no enfrentamento à Covid-19 em UTIs, perpassa pela necessidade de uma parcela das pessoas diagnosticadas com o novo coronavírus evoluírem gravemente⁽²⁾, sendo a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) uma das enfermidades que demandam pronto atendimento e assistência nas UTIs⁽⁷⁾. Nesse sentido, para a proteção da vida, é necessário o uso de tecnologias duras, por meio de intervenções de alta complexidade tecnológica

como, principalmente, a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Essa singularidade da prática do enfermeiro em sua atuação junto à equipe de saúde, no pronto atendimento ao paciente com SRAG, implica também em saberes relacionados à gestão do cuidado; à prevenção de risco e mitigação de incidentes; ao acolhimento de medos, dúvidas e anseios de familiares; assim como, o acolhimento da equipe de saúde.

O pronto atendimento do enfermeiro na UTI (de atenção, gestão e aprendizado) do paciente, da família e da equipe de saúde, nasce da complexidade, da falta de conhecimento e do medo que o novo coronavírus abarcou nos profissionais de saúde e na população. Assim como, das fragilidades dos recursos estruturais, materiais e humanos da área da saúde, o que provocou a necessidade de (re)construir o cuidado do enfermeiro e a gestão das práticas de cuidado.

Nesse movimento, ocorreu a necessidade de (re)conhecer os cuidados de enfermagem já desenvolvidos e compreendê-los, a partir da Covid-19. A preocupação com o conhecimento científico e o medo de cuidar de forma não segura, levou à busca pelo aprendizado. Com essa pretensão, ocorreu por parte dos enfermeiros a pesquisa por artigos científicos internacionais e videoaulas, para a atualização do conhecimento, a participação em cursos on-line e a revisão de protocolos assistenciais.

Associado ao medo de infecção, algumas temáticas também ganharam destaque na fala dos enfermeiros. Nesse entremeio, (re)surgiram a técnica de pronação; fluxogramas de ressuscitação cardiopulmonar em paciente com Covid-19; e a técnica de paramentação e desparamentação. Tais preocupações relacionavam-se à necessidade de segurança do enfermeiro no 'saber-fazer' e 'saber-orientar' a equipe sob sua responsabilidade, visto a necessidade da oferta do cuidado seguro ao paciente e seus familiares. Além da preocupação na proteção de seus colegas de trabalho.

Nesse movimento de ressignificação de suas práticas, tanto na atenção direta ao paciente, quanto como gestor de uma equipe de saúde, as fragilidades apresentadas anteriormente destacaram-se como pontos estressores do momento vivido. Os desgastes, mental e emocional, foram destacados pelos enfermeiros, mesmo antes da entrada no setor CTI COVID, emergindo no planejamento para o plantão.

Foram práticas de planejamento dos enfermeiros para o enfrentamento do novo coronavírus, as quais relacionaram-se ao planejamento do que levar, vestir e usar no plantão, já que tudo o que utilizasse lá estaria potencialmente contaminado. Assim, é necessário pensar na caneta, nos óculos velho e no não uso de lentes de contato. Além de não levar: adornos e o carimbo. Trata-se de um verdadeiro checklist para revisar e sair para o plantão com o mínimo necessário, sendo até os sapatos repensados em qual utilizar para uma melhor higienização, pós-plantão. Nesse sentido, o esgotamento, o planejamento e a prática para ser enfermeiro no enfrentamento da Covid-19, não se iniciavam no local de trabalho, porém, esgotavam-se com toda a maratona realizada pré-plantão.

Essa singularidade, de ser enfermeiro no enfrentamento da Covid-19, em uma UTI, na busca por estar preparado para a oferta de um cuidado seguro e de qualidade, também provocou reflexões aos enfermeiros quanto ao preparo para os saberes e práticas voltados às tecnologias leve, leve-dura e dura; e à necessidade de um cuidado de enfermagem que perpassa o uso de tecnologias leves. A aproximação com essa reflexão, a qual traz a essência do cuidado de enfermagem, ocorre no encontro com os pacientes e seus familiares.

São relatos de acolhimento de medos e tristeza dos pacientes, quanto à indicação de intubação orotraqueal diante de uma pessoa lúcida e orientada; equipe de saúde apresentando sinais e sintomas da referida doença; e a necessidade da presença do enfermeiro em todos os processos de cuidado. A entrega das pessoas, quanto a tudo que estava para acontecer, de forma passiva, foi uma descrição presente nos diálogos com os enfermeiros. Nesse momento, durante a pandemia relacionada à Covid-19, a pessoa se entregava à equipe de saúde, realmente como ‘paciente’.

Os enfermeiros também relataram a sensação de dever cumprido, quanto à necessidade de se fazer enfermeiro no ‘saber-fazer’ e ‘saber-orientar’ a equipe de saúde, no que se refere à técnica de paramentação e desparamentação; e à (re)construção dos saberes relacionados à posição prona, na qual os cuidados de enfermagem devem ser empregados, abrangendo a prevenção de lesão por pressão e a extubação traqueal acidental. O conhecimento científico aplicado na prática, a partir da educação permanente desenvolvida pelos enfermeiros, foi um registro solicitado pelos participantes em nossa entrevista coletiva on-line, atentando para a importância da reflexão-ação, a partir dos saberes e práticas do enfermeiro.

Desse momento vivido, os relatos proporcionaram momentos de troca entre os participantes, de acolhimento de dúvidas e de reflexões quanto ao compromisso com foco no cuidado de enfermagem e uso de tecnologias leves, também na UTI, como essencial para a produção de um cuidado de qualidade e seguro. Tais reflexões trouxeram pertencimento à importância do trabalho desenvolvido e orgulho quanto ao ser enfermeiro em UTI, em um CTI COVID, na proteção da vida de todos.

AS REFLEXÕES DE FUNDO

Identificou-se como aspectos centrais compartilhados entre os atores envolvidos neste relato, a apropriação das tecnologias leve, leve-dura e dura; o cuidado centrado na pessoa e na família para a oferta do cuidado de qualidade e seguro; e prática do enfermeiro intensivista ao refletir quanto ao pronto atendimento (de atenção, gestão e aprendizado) do enfermeiro no cuidado às pessoas com SRAG proveniente da Covid-19 em UTI. Sendo a apropriação do cotidiano dos participantes o elemento chave para a visibilidade do papel do enfermeiro durante a pandemia de Covid-19.

O reconhecimento dos medos, da ansiedade e da necessidade de (re)construir o cuidado do enfermeiro é enfrentado como processos de busca pelo saber, pelo empoderamento e responsabilização pela proteção da vida, mesmo em um contexto de fragilidade humana e profissional.

A Prática de Cuidado do Enfermeiro, a partir das Tecnologias leve, leve-dura e dura em UTI

A compreensão da prática de cuidado do enfermeiro na UTI, a partir das tecnologias dura, leve-dura e leve⁽¹⁾ contribuem para a reflexão das práticas dos atores do processo vivido, as quais vão além de procedimentos invasivos e monitorização constante do paciente em um ambiente inóspito, com ruídos, alarmes e iluminação constante⁽⁴⁾. Foram práticas descritas enquanto necessidade de pronto atendimento (de atenção, gestão e aprendizado!) permeada pela construção de práticas de proteção da vida dos pacientes, dos familiares e da própria equipe de saúde, o que expressa a complexidade da referida pandemia.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser compreendidas como tecnologias: dura, leve-dura e leve⁽¹⁾. Ao trazer para o diálogo a reflexão sobre as tecnologias em saúde, atenta-se para a tomada de decisão quanto às tecnologias mais adequadas às necessidades de cada paciente. Assim, não se trata de discutir a complexidade de cada tecnologia em saúde.

Porém, expressa-se na prática cotidiana, a partir do conhecimento profissional, a qual está estreitamente inter-relacionada com a compreensão das necessidades em saúde do paciente e a oferta de tecnologias. Sendo as tecnologias “leves” consideradas como as tecnologias de relações, por meio da produção de vínculo, autonomização e acolhimento. As “tecnologias leve-dura” referem-se aos saberes bem estruturados, da clínica médica; enquanto as “tecnologias duras” relacionam-se ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais⁽¹⁾.

Nesse contexto, consideram-se as discussões quanto à prática do enfermeiro em terapia intensiva abordar o uso de tecnologias como aliadas às necessidades de cuidados em saúde apresentadas pelos pacientes, de forma harmoniosa com o cuidado humanizado, sendo necessário que o enfermeiro apresente senso crítico em relação ao instrumental tecnológico, de forma responsável e racional⁽⁴⁾, a despeito de uma imagem idealizada do paciente de terapia intensiva ligada exclusivamente às tecnologias e sustentada na prática clínica da unidade de terapia intensiva⁽⁸⁾.

Nesse contexto, durante a pandemia de Covid-19, as tecnologias duras⁽¹⁾, com o uso de equipamentos tecnológicos e a construção de novos processos orientadores de cuidados, tais como, VMI e posição prona⁽⁸⁾, ganharam visibilidade no atendimento das equipes de saúde em UTI e foram essenciais para atender às necessidades em saúde deste grupo da população; o que implicou também na produção científica nacional e internacional.

Todavia, parece ocorrer uma invisibilidade quanto à prática de cuidado, a qual requereu o pronto atendimento do enfermeiro na produção do cuidado ancorado nas tecnologias de relações, de vínculo e do acolhimento⁽¹⁾ de pessoas, de seus medos e de suas ansiedades, sejam pessoais, familiares ou profissionais.

PONTOS DE CHEGADA

Os diálogos, encontros, escutas e desabafos produzidos para dar voz à sistematização do presente relato, tem na sua construção coletiva o espaço de compartilhamento do conhecimento e troca de experiências. Esses encontros, pesquisas científicas e eventos foram desenvolvidos para que as vozes produzissem ecos de saberes, práticas e visibilidades quanto à prática de cuidado do enfermeiro em terapia intensiva durante a pandemia de Covid-19.

A sistematização desenvolvida possibilitou robustez ao relato e reflexões entre teoria e prática, gerando novos conhecimentos, os quais permitirão a visibilidade de uma prática de cuidado do enfermeiro na UTI COVID, para além das tecnologias duras.

Tal cuidado também está ancorado no acolhimento, na escuta e na gestão, necessários para a produção de um cuidado centrado na pessoa e na sua família, de forma segura e que tenha um valor de qualidade. Cabe salientar que a discussão sobre a prática de cuidado do enfermeiro intensivista sempre esteve permeada de (pre)conceitos alheios sobre uma valorização “tecnológica”, a despeito do cuidado ao corpo humano. Ora, essa compreensão sobre o uso necessário das diversas tecnologias, a saber, leves, leve-duras e duras, diante de paciente críticos sempre foi clara aos enfermeiros intensivistas, que têm no ambiente de cuidado da UTI o seu habitat de prática profissional.

Todas as conversas entre pacientes e seus familiares separados pela Covid-19, muitas vezes, por uma última vez, foram possíveis devido aos enfermeiros intensivistas que usavam de diversos mecanismos de comunicação e até mesmo tecnologias pessoais para que este encontro pudesse ocorrer, no acolhimento do paciente e sua família. Somase a esse contexto, a sensibilidade aflorada ao lidar com suas próprias perdas, ao ver seus pares sucumbindo diante da temida doença. Se havia alguma dúvida ou questionamento quanto ao cuidado sensível na UTI, o contexto da pandemia de Covid-19 trouxe visibilidade a outra realidade!

Assim, a prática do enfermeiro na UTI, durante a Covid-19 e o uso de tecnologias leves, leve-dura e duras necessárias no cuidado ao paciente crítico mostrou não somente a sua possível aplicabilidade nesta situação, mas também cotidianamente. Isso posto, evidencia-se na enfermagem intensivista uma prática potente, dinâmica, sensível, acolhedora, científica, ética e profissional.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa COVID-19: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020. Disponível em: www.paho.org/pt/covid19. Acesso em: 01 out 2020.
3. Moraes EM, de Almeida LHA, Giordani E. COVID-19: Cuidados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Sci Med** [Internet]. 2020 Jul [acesso em 2021 jul 18]; 30(1):e38468. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/38468>
4. Ouchi JD, Lupo APR, Alves BO, Andrade RV, Fogaça MB. O Papel do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Rev Saúde em Foco** [Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul 18]; 10:412-428. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf
5. Ramalho Neto JM, Viana RAPP, Franco AS, Prado PR, Gonçalves FAF, Nóbrega MML. Diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem para pacientes graves acometidos por COVID-19 e seps. **Texto contexto - enferm** [Internet]. 2020 Dez [acesso em 2020 Dez 16]; 29:e20200160. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100213&lng=pt. Epub 06-Nov-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0160>
6. Azevedo FM, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Set 17]; 31(2):217-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/ape/a/GTN7jr9bkJMTmMtLBx9N5xz/?lang=pt>. Epub 06 Jul 2018. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800031>
7. Koulouras V, Papathanakos G, Papathanasiou A, Nakos G. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: a pathophysiology-based review. **World J Crit Care Med** [Internet]. 2016 May [acesso em 2020 Jul 14]; 5(2):121-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27152255/>. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v5.i2.121>
8. Silva RC, Ferreira MA, Thémis A. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. **Texto contexto - enferm** [Internet]. 2014 [acesso em 2021 Set 17]; 23(2):328-337. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/tce/a/8ffsHpsqqq8wBHvmSd6mX9r/abstract/?lang=pt#>. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003780012>

PARTE II

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NOS CONTEXTOS INSTITUCIONAIS E EDUCACIONAIS

A ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMBULATORIAL UNIVERSITÁRIO: AFIRMAÇÃO DA VIDA CONTRA UM INIMIGO INVISÍVEL

Data de aceite: 02/11/2024

Patricia Ferraccioli Siqueira Lemos

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Alessandra Sant’Anna Nunes

Fernanda Henriques da Silva

Cintia Araújo Duarte

Caroline Rodrigues de Oliveira

O PONTO DE PARTIDA

Diante do desconhecido e inesperado, a enfermagem foi chamada para atuar na triagem de pacientes. Uma das enfermeiras saiu de sua casa como se fosse para um dia comum de trabalho. Não sabia exatamente o que esperar ou que realidade encontrar. Foi, como dizem, “com a cara e com a coragem”, como fez durante 10 anos de sua carreira. Mas ao subir a rampa para chegar ao local de trabalho, visualizou uma estrutura diferente, recentemente construída e os colegas de trabalho com roupas de proteção que não faziam parte do cotidiano. Algo invadiu o coração da enfermeira, tomando todo o seu ser e dando lugar – *não a profissional*

– mas a filha, a esposa, a colega de trabalho, a amiga, a paciente, enfim, a ela mesma, com seus medos, sentimentos e amor ao próximo. Sentiu que a lágrima escorria em seu rosto e no seu peito uma dor de soldado que parte para a guerra, sem saber se voltaria para os braços de quem ama. Ao chegar, a enfermeira foi amparada por uma colega que atuava na segurança do local, que verbalizou: “eu também chorei”. Ali mesmo, a enfermeira descarregou sua emoção, naquela calçada, debaixo daquela árvore, olhando as pessoas que se vestiam com armaduras para salvar outras vidas. Foi um momento lindo e triste ao mesmo tempo! Lindo, porque foi o compromisso e a dedicação a sua profissão que a levou até ali, e triste, porque não havia outra opção. Mas a enfermeira continuou em frente, enxugou suas lágrimas e se direcionou ao seu posto de trabalho, como quem vai em busca de algo, movida pela responsabilidade e o compromisso ético com sua profissão, com seu local de trabalho e com sua vida. E, naquele momento, se sentiu uma guerreira indo para mais uma batalha!

Sobre que realidade a narrativa se debruça? Em que cenário se apresenta? A que enfermeira se refere? A descrição se refere ao passado ou ao presente? Observando-se atentamente a narrativa da enfermeira, dúvidas pairam, pois poderia se tratar de uma história vivenciada por Florence Nightingale no hospital de Guerra na Crimeia, ou pela brasileira Ana Justina Neri na Guerra do Paraguai, ou ainda, poderia – como de fato traz à tona – a realidade vivida por uma enfermeira diante da batalha contra a Covid-19. A realidade de uma enfermeira que poderia ser de muitas outras que viveram esse contexto adverso no ano de 2020.

A intenção de apresentar diferentes narrativas ao longo deste trabalho é de buscar retratar a natureza do dia a dia da equipe de enfermagem no campo da saúde, em que, longe do clichê de ‘heróis’ ou de ‘enfermagem por amor’ busca-se apresentar um Projeto Ético-político de Enfermagem que afirma rigorosamente a vida. Qualquer vida! Toda vida! Parafraseando Florence, nessa sustentação de que a vida exige da Enfermagem uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois se trata do cuidado ao corpo vivo.

Notadamente, o momento vivenciado de pandemia foi o de afirmação da vida e de enfrentamento a inimigos invisíveis. Os profissionais de enfermagem do Brasil e do mundo com suas vozes que afirmaram a vida e como corpos que sustentaram as infinitas revoluções moleculares do cotidiano. Assim, reconhecendo-se o trabalho da enfermagem que esteve no front de inúmeras guerras, sejam elas literais ou figurativas, celebramos a força de lutas, conquistas e principalmente de dedicação à saúde da população. Reconhecendo-se, portanto, a incansável luta de mulheres e homens que descuidam de si e de deveres próprios, deixando suas famílias e seus afetos, para cuidar de outros. Prova que, a enfermagem adquiriu caráter científico, mas não perdeu a sua essência: o cuidado⁽¹⁾.

O corpo da enfermeira afeta e é afetado durante o processo de cuidar, pois trata-se da natureza dos corpos. Esse ato permite experimentar o cuidado que na percepção dos corpos afirma as diferentes maneiras e sentidos construídos nessa ação.

[...] No exercício da atividade da enfermeira o corpo é incluído como alavanca durante o banho do paciente, como barreira para evitar a queda do leito, como escudo durante um procedimento, como radar na detecção de temperatura e identificação de mudanças de comportamento, enfim o corpo da enfermeira, ganha diferentes usos e formas, quando está em pleno ato de cuidar. Corpo que experimenta o frio, o calor, o odor, o tato como exercício da experiência de contato com outro corpo, o do paciente. Um corpo que se torna ferramenta para cuidar de outro corpo o paciente⁽¹⁾.

Diante dessas afirmações sobre o cuidar e o cuidado, da exposição dos corpos, das lutas travadas contra um inimigo invisível ou contra os devaneios dos visíveis, a enfermagem celebrou os 200 anos da existência de Florence Nightingale e o reconhecimento por seu trabalho. Profissionais de enfermagem e parteiras receberam essa homenagem e reconhecimento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização

Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾, quando enfrentavam um grande desafio contra um vírus, que fez com que o mundo parasse e assim, olhasse para a Enfermagem como uma profissão necessária. A profissão adquiriu visibilidade internacional e demonstrou mais uma vez que não é possível promover saúde sem a participação dos profissionais de enfermagem que se dedicam de forma integral e com cientificidade à vida e ao cuidado de seu semelhante.

Nesse sentido, não podemos deixar de registrar nossa homenagem àqueles que perderam suas vidas. Profissionais que enfrentaram o desafio de se lançarem em uma luta, na qual as armas do inimigo ainda não eram completamente conhecidas. O desconhecimento frente à impossibilidade de controle imediato da pandemia, com a vacinação como algo por vir, e sendo o isolamento físico social como uma das poucas formas de conter a velocidade de progressão da curva epidêmica do SARS-CoV-2⁽³⁾. A esses colegas e exímios profissionais, nosso respeito, admiração e gratidão. Que seus nomes não sejam esquecidos, mas que estejam registrados nos Anais da História como profissionais que exercitaram à exaustão o cuidado como prática de cidadania. Que sirvam para lembrar nossos governantes e a sociedade que somos indispensáveis aos serviços de saúde.

A SISTEMATIZAÇÃO DO PLANO

Trata-se de um relato da experiência vivenciado por profissionais de enfermagem em uma unidade de saúde especializada, vinculada ao complexo de saúde de uma universidade pública estadual, localizada no município do Rio de Janeiro, durante o primeiro quadrimestre da pandemia de Covid-19, a partir do mês de março de 2020.

Este relato tem como base a narrativa livre sobre o vivenciado pelos profissionais de enfermagem durante o período inicial da pandemia de Covid-19 com isolamento sanitário, no qual os limites entre a vida pessoal e a trajetória profissional não esteve claramente delimitado. Para tanto, apresenta a seguinte questão norteadora: Quais os diferentes aspectos das experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem na reorganização dos serviços desenvolvidos pela unidade de saúde, para o enfrentamento à pandemia de Covid-19?

Este relato de experiência apresenta como objetivo geral produzir reflexões e debates acerca das experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem durante a reorganização do serviço para o enfrentamento à pandemia de Covid-19, em uma unidade de saúde especializada e voltada para a assistência, ensino e pesquisa no Sistema Único de Saúde (SUS). E, como eixo norteador os diferentes aspectos das experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, que contribuíram para a reorganização dos serviços desenvolvidos pela unidade de saúde, para o enfrentamento à pandemia de Covid-19.

O percurso metodológico adotado se refere à sistematização de experiências em cinco tempos que busca “estruturar com um sentido estratégico toda lógica do processo que

se quer impulsionar⁽⁴⁾. Nesse sentido, não há uma vereda estreita, linear e uniforme que trace o caminho sistemático das experiências vivenciadas, mas sim, as trilhas percorridas e as possibilidades a se transitar, em seus avanços e inquietações sobre aspectos considerados ou não abordados anteriormente⁽⁴⁾.

O tempo inicial para a sistematização do relato se trata do ponto de partida, ou seja, a experiência, o cenário e a conjuntura, na qual ocorreu a experiência, contextualizando seus registros. O segundo tempo refere-se à formulação do plano de sistematização, com a apresentação dos objetivos a serem alcançados com o relato, a descrição do objeto, das fontes de informação e as estratégias traçadas. A recuperação do processo vivido é o terceiro tempo, na qual será reconstruída e descrita a história da experiência e do processo vivenciado, por meio do relato sistematizado e ordenado dos fatos e acontecimentos. No quarto tempo são discutidas as reflexões de fundo, desde uma interpretação crítica, e por fim, o quinto e último tempo com os pontos de chegada, as conclusões, recomendações e propostas que surgiram a partir das reflexões propostas pelo relato de experiência⁽⁴⁾. Os tempos foram desenvolvidos e apresentados conforme a recomendação para elaboração de um relatório síntese do processo de sistematização⁽⁴⁾.

Para a sistematização deste relato foram correlacionadas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19, entre os meses de março e agosto de 2020 com as fontes de informações disponíveis concernentes ao período supracitado. Considerou-se como atividades: a descrição do contexto; as documentações; as narrativas apresentadas que contam histórias vivenciadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram dos atendimentos a casos suspeitos de Covid-19; fluxogramas e registros relacionados ao plano de contingência implementados pela unidade de saúde e pelo departamento de assistência e ensino de enfermagem; as atividades de acolhimento e atendimentos realizados pelos profissionais de enfermagem; os treinamentos desenvolvidos para enfrentamento à Covid-19 e segurança dos profissionais; e ainda, os momentos de avaliação e síntese coletiva para a sistematização do corpo temático. Cabe esclarecer que, as narrativas foram incorporadas ao texto, dispostas entre aspas, em itálico, e identificadas pela letra (N), seguida do número de referência.

A estratégia traçada contemplou a busca constante de informações para o planejamento estrutural e processual, com espaços permanentes de reflexão, discussão e análise crítica. As fontes de informação aplicadas em paralelo foram as bases de dados científicas para busca de artigos publicados sobre a temática, registros documentais do processo, livros de ocorrência setoriais e materiais publicados em navegadores eletrônicos de domínio público em formato livre.

A reconstrução da experiência se deu a partir do cotidiano do trabalho desenvolvido ao longo das realidades apresentadas em um momento nunca antes vivido na unidade de saúde. A pandemia trouxe novas formas de fazer e compreender as práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, mescladas com os sentimentos individuais e coletivos

de medos, angústias e incertezas em meio à necessidade de fortalecimento das ações disponibilizadas pelo SUS para atendimento e assistência aos profissionais de saúde sintomáticos que atuaram junto à população, com o manejo de uma doença praticamente desconhecida.

Cabe salientar, que em situações pandêmicas, como o ocorrido com a Covid-19, a prevenção e o controle de infecções são indispensáveis nos serviços de saúde, principalmente no que tange à proteção pessoal dos profissionais de saúde, na qual se evidencia que o percentual de vulnerabilidade entre médicos e enfermeiros é maior nas regiões do país que apresentam o maior número de casos⁽⁵⁾. Para tanto, as diferentes etapas ou tempos do processo de construção deste relato de experiência foram edificados a partir de uma construção dialógica coletiva e da reflexão contínua e processual sobre a realidade vivenciada em um momento tão particular da humanidade.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

Um surto causado pelo coronavírus nomeado posteriormente como SARS-CoV-2, foi detectado na cidade de Wuhan, na China, em novembro de 2019 e em apenas dois meses milhares de casos foram confirmados. O vírus disseminou-se para mais de uma centena de países, sendo a doença nomeada Covid-19, que se destacava pela rapidez de disseminação, a severidade e as dificuldades de controle de transmissão. Desse modo, foi decretada a pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020⁽⁶⁾.

No Brasil, foi implementado como estratégia o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19) em janeiro do mesmo ano e declarado, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19) por meio da Portaria GM/MS nº 454 de março de 2020⁽⁷⁾. Assim, foi recomendado a todos os estabelecimentos de saúde a organização de estratégias de atendimento para o diagnóstico sindrômico de casos suspeitos de Covid-19⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) organizou uma Comissão para acompanhamento e suporte à tomada de decisão sobre o coronavírus no âmbito da UERJ que aprovou um Plano sanitário norteador ao contexto da pandemia de Covid-19 da UERJ, o qual contemplou as medidas de segurança para todo o corpo social⁽⁸⁾. O complexo de saúde da universidade contempla o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e a Policlínica Piquet Carneiro (PPC). O cenário deste relato se refere à Policlínica, inserida no nível secundário, sendo uma unidade de saúde especializada voltada para a assistência, ensino e pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o período de pandemia, os desafios foram inúmeros para a gestão e para os profissionais pertencentes à Policlínica, visto a necessidade de garantir a continuidade dos atendimentos de seus usuários evitando a interrupção, assim como, se tornar polo de referência no estado do Rio de Janeiro para o diagnóstico de casos suspeitos entre

os profissionais de saúde por meio de testagem. A testagem para detecção e diagnóstico da Covid-19, realizada por RT-PCR ou testagem rápida para identificação de anticorpos específicos foi estendida para além do atendimento aos profissionais de saúde, ampliou-se para o corpo docente, discente e colaboradores da UERJ, pacientes da PPC e do HUPE.

Evidenciando-se assim, uma enorme demanda de trabalho para a equipe de enfermagem e demais profissionais que atuaram no acolhimento de tantas pessoas. A perda de uma colega de trabalho abalou a equipe de enfermagem reforçando o apelo para a sociedade sobre o cumprimento das normas sanitárias vigentes, para que as pessoas permanecessem em isolamento social.



Figura 1: Apelo da equipe de Enfermagem durante o período de pandemia e atendimento a casos suspeitos de Covid-19 na Policlínica Piquet Carneiro: “Nós estamos aqui por vocês, fiquem em casa por nós”.

Fonte: Arquivo do Departamento de Assistência e Ensino de Enfermagem/PPC. Rio de Janeiro, 2020.

AS REFLEXÕES DE FUNDO

A Covid-19 ainda demanda estudos para esclarecer seus impactos na saúde das pessoas e principalmente nos profissionais de saúde que atuaram diretamente na assistência à população. Devem ainda, ser priorizadas a prevenção de doenças e a promoção da saúde entre os trabalhadores do setor da saúde, considerando-se a necessidade de manutenção do maior número de profissionais atuantes em prol da redução dos impactos negativos de situações pandêmicas na sociedade⁽⁹⁾.

Nesse sentido e diante da velocidade do efeito da pandemia na população, a gestão e a estrutura dos sistemas de saúde convergiram para a necessidade de suporte imediato,

por meio da reorganização dos serviços, elaboração de pesquisas e administração de recursos estruturais, financeiros e humanos, para evitar possíveis colapsos frente ao volume de atendimento superior à capacidade real do sistema de saúde. Ainda assim, a possibilidade de adoecimento e esgotamento mental dos profissionais de saúde atuantes foi inevitável, visto que a exposição e vulnerabilidade desses profissionais esteve profundamente relacionada às diversas e complexas questões que envolveram todos os recursos e o próprio desconhecimento da doença. Durante a pandemia causada pela Covid-19, a escassez de profissionais representou um enorme desafio para os gestores, fato pelo qual levou a alguns profissionais a atuarem em ambientes desconhecidos, com limitações de oferta de equipamentos de proteção e possíveis fragilidades no manejo da doença, no que tange às habilidades e as competências desenvolvidas⁽¹⁰⁾.

No laboratório, onde foram realizados os testes diagnósticos iniciais para detecção do vírus, uma cena marcou as enfermeiras ali presentes, permanecendo eternamente em suas memórias: Diante do primeiro atendimento a um caso sintomático, as técnicas do laboratório devidamente paramentadas, conforme as restrições iniciais, deram-se as mãos e rezaram, pedindo proteção para que Deus as livrasse de uma possível contaminação. Naquele momento todos os presentes sentiram medo, medo do desconhecido, medo de adoecer, medo de contaminar seus familiares ou amigos. No entanto, ao mesmo tempo, o impulso de superar seus medos, de cumprir seu dever e a vontade da equipe de atuar na luta contra o vírus era maior e se sobrepujava ao temor da morte!

Com o início da pandemia, as necessidades de mudanças nos serviços de saúde eram prementes para evitar a circulação do vírus. Desse modo, a organização dos serviços da PPC dividiu-se em duas grandes áreas externas de atendimento. Uma área, onde eram recepcionados os pacientes dos ambulatórios de origem para continuidade das consultas, que apresentassem risco de desestabilização do quadro clínico e demais necessidades de atendimento. E outra área, destinada ao atendimento de profissionais de saúde de todo o Estado do Rio de Janeiro com suspeita de Covid-19, previamente agendados via sítio eletrônico institucional. Para essa organização foi necessária uma importante redistribuição estrutural na área física externa da unidade de saúde, com a construção de enormes tendas e disponibilização de *containers* para o atendimento e as consultas.

Essas áreas foram distribuídas em um grande estacionamento externo, respeitando-se toda a legislação sanitária de distanciamento social e segurança dos diferentes profissionais que lá atuaram. Foi realizado pelo Departamento de Assistência e Ensino de Enfermagem em parceria com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, um treinamento para segurança profissional da área da saúde e áreas afins, com especificações acerca da doença, proteção, higiene pessoal e ambiental, manejo, uso racional e descarte de equipamentos de proteção individual.

No início do ano de 2020, especificamente em março, logo no início dos preparativos para o enfrentamento a pandemia, uma técnica de enfermagem e demais profissionais

receberam a notícia de que atuariam diretamente na linha de frente de atendimentos a casos suspeitos de Covid-19. A partir daquele momento, o sofrimento da técnica de enfermagem foi intenso, o medo do desconhecido invadiu o seu ser, desestruturando-a com imensurável desconforto e dor. Pela primeira vez, a profissional expunha tão claramente seus sentimentos em seu local de trabalho com inevitáveis e copiosas lágrimas! Mas a equipe a acolheu, a ouviu, e a profissional se sentiu abraçada por seus colegas de trabalho com palavras e gestos, pois as aproximações físicas, naquele momento, já estavam proibidas. E assim, algo se transformou, e o desejo de fazer parte daquele trabalho, daquela equipe se tornou essencial para a profissional. Iniciaram-se, a partir de então, os treinamentos, as capacitações, as novas rotinas e horários de trabalho, os desafios, os novos atendimentos e relações interprofissionais, as paramentações e desparamentações... E mesmo com todos praticamente irreconhecíveis, equipados, mascarados e protegidos, a equipe se amparou e se acolheu muito mais do que na rotina de trabalho anterior. Formou-se uma grande parceria, que se fortaleceu a cada dia, trazendo experiências positivas diante de tanto sofrimento e dor.

A equipe de enfermagem atuou, assim, em diversas frentes, mas principalmente na recepção, acolhimento, triagem e consulta de pessoas que buscavam por atendimento. Para tanto, foram organizados pelo Departamento de Enfermagem os fluxos de atendimento, instrumentos de cadastro e avaliação próprios, estabelecidos para o momento, distribuição de mobiliário móvel e de materiais e insumos de uso contínuo e descartáveis. Bem como, os locais específicos e acompanhamento para paramentação e desparamentação dos profissionais, além de toda a dinâmica operacional de rotina da equipe de enfermagem, incluindo-se a escala semanal e o tempo máximo de permanência de cada profissional devidamente paramentado. O trabalho foi intenso, muitas foram as intercorrências e os problemas enfrentados, mas o foco contínuo sempre foi a proteção desses profissionais, que com ousadia e resiliência, continuaram o seu labor com entrega e determinação.

E assim, vencendo tantos obstáculos, internos e externos, despindo-se das angústias pessoais, dos medos latentes, deixando num lugar seguro os seus afetos e abrindo-se a novos saberes, que a equipe de enfermagem se uniu para enfrentar esse inimigo potente, invisível e ainda desconhecido, mas ao mesmo tempo frágil diante de tanta coragem e bravura.

OS PONTOS DE CHEGADA

Hoje, entre adversidades e perdas que a Enfermagem vivenciou na luta contra a Covid-19, apesar de já terem sido superadas as dificuldades, já com profissionais e população já vacinadas, ainda é momento de acolher, de consolar, de amar e de demonstrar afeto e empatia. Afinal, essas são habilidades, dentre tantas outras, que a profissão e o cuidar do outro com cientificidade exige da Enfermagem. A partir dessa compreensão do 'ser Enfermeiro', que os profissionais possam, em meio a tantas experiências, superar limites, explorar novas capacidades e (re)descobrir seu verdadeiro valor e significado.

Vivemos momentos de reflexão para valorizarmos ainda mais a vida de cada ser humano, afinal, toda vida merece cuidados. Que as ações da Enfermagem possam transcender o toque instrumental do corpo para tocar as almas, construindo pontes e desfazendo muros, cuidando de si e dos outros. Que a equipe de enfermagem possa ser instrumento de transformação nesse mundo, mundo este que conta com esses profissionais para cuidar do que há de mais valioso: a vida. Que a Enfermagem possa continuar mostrando ao mundo que não existe saúde sem profissionais de enfermagem e que a ciência da profissão é comprometida com a humanidade, extrapolando os limites da formalidade acadêmica. Assim, continuar elevando o ideal de profissão através de algo que é indispensável à existência humana: o cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Abrahão AL, Figueiredo EBL, Figueiredo EO. **Enfermagem: uma composição sobre o corpo e o cuidar, guiada por Espinosa**. IN: González DC, Castro BR. Spinoza. XIV Colóquio. Repensar la potencia revolucionaria de la modernidad. Chile, Valparaíso: Autoedición; 2019.
2. World Health Organization (WHO). WHO Campaigns. **Year of the Nurse and the Midwife 2020** [Internet]. [cited 2020 Nov 7]; 2020. Available from: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
3. Rafael RMR, Neto M, de Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, de Araujo Faria M G. **Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect?** Rev enferm UERJ [Internet], Rio de Janeiro, 2020 [cited 2020 Nov 03]; 28:e49570. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>
4. Jara O. A sistematização de experiência, prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília, DF: CONTAG; 2012.
5. Fehn, A, Nunes L, Aguillar A, Dal Poz M. **Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19**. [Internet] – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. IEPS. [cited 2020 Dec 10]; 2020. Available from: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NT10_IEPS.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [Internet] [cited 2021 Jan 20] – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde; 2020a. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid19_atencao_especializada.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). [cited 2020 Nov 5]; 2020b. [Internet]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>
8. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Comissão para Acompanhamento e Suporte à Tomada de Decisão sobre o Coronavírus no âmbito da UERJ. **Plano Sanitário Norteador ao contexto da Pandemia de Covid-19 da UERJ**. [cited 2020 Oct 10]; Rio de Janeiro; 2020. Available from: <https://www.uerj.br/wp-content/uploads/2020/10/PLANO-SANITARIO-NORTEADOR-AO-CONTEXTO-DA-PANDEMIA-DE-COVID19-DA-UERJ.pdf>

9. Gallasch CH, Da Cunha ML, De Souza Pereira LA, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19 [Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario]. **Revista Enfermagem UERJ** [Internet] [cited 2020 Nov 9]; v. 28, p. e49596. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596/33146>
10. Huang L, Ling G, Tang L, Yy L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **Critical Care** [Internet] [cited 2021 Feb 28]; v. 24, n. 1, p. 120, s13054-020-2841-7, dez 2020. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7>

A PANDEMIA E A DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 02/11/2024

Regina Lucia Monteiro Henriques

Inês Leoneza de Souza

Jaqueline Santos de Andrade Martins

Juliana Amaral Prata

Larissa Souza Silva Coelho

INICIANDO A JORNADA: PONTOS DE PARTIDA

A qualificação da formação e a busca por transformações no ensino e na prática da enfermagem são pautas de construções, debates e reconstruções ao longo das últimas décadas. Essas reconfigurações são marcadas por muitas adversidades e lutas, que permitiram a constituição de redes e a agregação de capitais diversificados, que se materializaram em projetos políticos de cursos sólidos e experiências de formação exitosas.

Essa dinamicidade na educação advém, sobretudo, de mudanças nos eixos orientadores para a formação de

trabalhadores da saúde com vistas à posterior atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de atitudes e práticas de preservação do ambiente, promoção da saúde, valorização da vida, da ciência, da cultura e dos saberes populares, bem como dos conhecimentos científicos, tecnológicos e filosóficos específicos de cada profissão, com garantia da assistência integral aos indivíduos, grupos e coletividades através de relações dialógicas e democráticas⁽¹⁾.

No ano de 2020, definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o ano internacional da enfermagem e das parceiras⁽²⁾, enfrentamos novos desafios advindos da pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), em meio à um contexto brasileiro de crise política, econômica, social e ética, com impactos importantes sobre a educação e a formação profissional.

No início de março, a OMS declarou a Coronavírus Disease 2019 (Covid-19) como uma pandemia em função de

sua disseminação progressiva e descontrolada em diferentes continentes, destacando a necessidade de estratégias globais de enfrentamento⁽³⁾. Desde então, as medidas sanitárias mundiais de contenção da transmissibilidade do vírus e de enfrentamento à doença esbarram em panoramas que diferem de um país para outro.

No caso do Brasil, as ações iniciais de combate à pandemia baseavam-se nas recomendações da OMS, porém, a complexidade da conjuntura política do país tornou muito mais difícil a gestão da crise e a adoção de um plano preventivo e de controle eficaz conformando um cenário de incertezas, temores e sofrimento que afeta todos os aspectos da vida⁽⁴⁾.

Apartir da detecção de casos confirmados no Brasil e ao primeiro sinal de transmissão comunitária no estado do Rio de Janeiro, o Governo decretou a adoção do isolamento social horizontal e a implementação de barreiras sanitárias como medidas fundamentais para preservar a saúde da população, conter o avanço da doença e evitar a sobrecarga dos serviços de saúde⁽⁵⁾.

A educação também foi diretamente afetada desde o reconhecimento da emergência sanitária pela Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Nesse contexto, dentre outras providências, a recomendação de trabalho remoto para repartições públicas e a suspensão das aulas em instituições de ensino de todos os níveis foram estabelecidas em março de 2020, com prorrogações posteriores mediante avaliações do cenário sanitário⁽⁶⁾.

Desde então, as instituições e os atores do campo da educação encontram-se envolvidos em constantes lutas pela garantia da segurança sanitária de seus profissionais e estudantes, elaborando estratégias para a recuperação do ano letivo ou para a redução dos prejuízos decorrentes da interrupção das atividades presenciais. No âmbito do ensino de nível superior essa conjuntura é ainda mais desafiadora, especialmente nos cursos de formação da área da saúde, para os quais o processo de ensino e aprendizagem quase sempre se desenvolve em cenários concretos da prática profissional, como os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade da rede assistencial.

No tocante aos cursos de graduação em enfermagem não foi diferente. Na realidade, os educadores enfrentam ainda mais adversidades visto que o ensino prático nas instituições de saúde é transversal ao processo formativo de enfermeiras. Nesse sentido, surgiu nossa motivação em sistematizar experiências na docência de enfermagem neste momento árduo que estamos vivenciando, de um futuro ainda incerto sobre o enfrentamento da pandemia, com o isolamento, a flexibilização do distanciamento social e seus desdobramentos sobre os modos de viver na sociedade.

Nesta caminhada de construir relatos sobre a docência de enfermagem em tempos de pandemia emergiu a seguinte questão: Quais experiências sistematizar? Foram muitas vivências novas. Pareceu-nos interessante sistematizar as experiências de docentes de graduação em enfermagem de cursos públicos e privados que estão enfrentando a reestruturação de suas atividades no contexto pandêmico em diferentes perspectivas,

como na gestão do curso e dos processos de trabalho, nas atividades de pesquisa, de extensão e de ensino, na reorientação de suas práticas docentes para o modo remoto e para novas formas de ensino prático presencial.

São docentes de instituições de ensino superior que, diante das mudanças impostas pela pandemia, respondem com ações e sentimentos desencadeados por essa “nova normalidade” e se perguntam: quais impactos para o futuro da formação em saúde decorrerão do que estamos experimentando agora?

Os depoimentos aqui apresentados são de quatro professoras de cursos de enfermagem de instituições de ensino superior públicas e privadas. Foram cartas em formato livre relatando suas vivências nesse período, desde o reconhecimento oficial da emergência sanitária até o presente, perpassando pelas estratégias adotadas em cada curso face à necessidade de adaptação do ensino presencial para o ensino remoto ou parcialmente remoto e suas consequências.

Para o processo de sistematização das experiências, os relatos foram compartilhados entre as quatro protagonistas tendo como produto final a construção de uma crônica desses dias na vida docente, a qual se conformou como base para a análise que apresentamos a partir de cinco eixos que prenderam nossos olhares.

RECUPERANDO EXPERIÊNCIAS DE DOCÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Crônica da vida docente em tempos de pandemia

Com a pandemia de Covid-19, o afastamento do trabalho presencial transformou os processos administrativos bem como os de ensino e aprendizagem de faculdades, institutos e universidades do estado do Rio de Janeiro, com impactos importantes sobre as relações entre alunos, professores e técnicos.

Disciplinas foram suspensas, com decisões a serem tomadas sobre continuar com o corpo teórico e suspender somente a prática ou como definir as disciplinas que poderiam ser substituídas. Foi preciso reunir os professores do curso, discutir como seria o processo e as ferramentas que permitiriam aos alunos acompanharem os conteúdos ofertados online.

Mas e quando as notícias chegam por canais não institucionais, como através de aplicativo de mensagem?! Professores afastados de suas atividades presenciais, mas sem saberem o que acontecia nos cursos ou quais decisões estavam sendo tomadas! Professores de campo prático isolados e angustiados, sem informações por semanas... será que ainda estavam empregados? Teriam seus salários? Nesse caso, a retomada das atividades práticas foi determinada sem um debate prévio com os envolvidos sobre os riscos e benefícios... A sensação que pairava era que as questões econômicas se sobrepunham a todo o resto.

Que diferença quando a gestão compreende a essencialidade do diálogo, de reflexões coletivas e decisões compartilhadas em reuniões virtuais periódicas com a participação de todos os segmentos e as unidades assistenciais envolvidas nos processos de ensino e aprendizagem! É isso. A gestão democrática e participativa é uma grande aliada! Desse modo, os impactos do trabalho remoto, que se sobrepõe à vida privada e impõe uma sobrecarga psíquica nunca vivida antes, são minimizados. Professores e alunos participam das decisões. E ainda acaba sendo possível combater as fake news e desenvolver consciência cidadã por meio do compartilhamento de saberes.

Tudo isso traz impacto para o ensino, para o processo de aprendizagem em enfermagem. São tempos difíceis de destruição da rede de serviços. É necessário repensar a forma de ensinar e estar nos campos práticos com segurança à saúde de docentes e estudantes em meio ao caos dos serviços de saúde sobrecarregados pelas ações de enfrentamento à Covid-19.

Mas e se oferecer condições melhores para os professores se adaptarem a esses novos tempos? Um pacote para cada docente com aula em PDF ou powerpoint com áudio, um fórum de avaliação da aula, um material complementar (artigo, vídeos) e uma atividade avaliativa. Mas e a plataforma? Aulas ao vivo ou gravadas? Se for ao vivo, vai precisar deixar a gravação no portal acadêmico. O professor decide. Aí vem a realidade. Alunos com dúvidas, alunos sem internet, alunos sem computador, alunos reclamando do modelo. Reúne os professores outra vez. Pensa em novas estratégias. Refaz as regras, revê o sistema operacional. Ih. Não dá para usar para aula ao vivo. O servidor não aguenta tanto acesso. Sabe de uma coisa? Deixa que o professor escolha a plataforma. Opa. Novo problema. Aluno reclama porque fica difícil acompanhar. Cada professor utilizando um modelo diferente. Então, não tem jeito não. A instituição precisa adotar o modelo e a melhor plataforma para esse tipo de trabalho.

E quando o ensino prático retorna, mesmo com cenários impossibilitados de oferecer todas as oportunidades de aprendizagem e a segurança necessárias? Também acontece! Como? Com a oferta do dobro de carga diária, com o dobro de alunos nos cenários... Pasmem que isso tenha se concretizado visto que essas ampliações representam o aumento da exposição e dos riscos de contaminação por Covid-19 para pacientes, profissionais de saúde da instituição, alunos, docentes, e, de quebra, para seus familiares. Ufa!

No entanto, quando uma gestão é empática e que reconhece sua responsabilidade pública e social, pode ser tudo diferente. Muitos dias de estudos e reflexões. Perceber que a retomada de qualquer atividade acadêmica só pode ser gradual, requerendo ações prévias para conhecer a atual conjuntura de todo o corpo social, adequar a infraestrutura, incorporar novos hábitos com vistas à segurança sanitária, e ainda oportunizar a testagem em massa. Deitar um olhar sensível, abrangente e articulado. Implementar diferentes frentes de trabalho para a construção segura e sólida de um “novo normal”. Palavras que se apresentam para o planejamento de ensino: corresponsabilização, solidariedade e criatividade para explorar experiências coletivas.

É preciso vislumbrar que a vivência de uma pandemia traz consigo formas distintas de sofrimento psíquico e/ou físico. Sentimentos como medo, tristeza, desespero e solidão... Adoecimentos provocados pelas dificuldades em lidar com as perdas e em adaptar-se às rápidas e bruscas mudanças... Afastamentos por suspeita/confirmação por Covid-19 ou para tratamento de problemas de saúde preexistentes... Se o aluno e o professor estão em campo, estão expostos. Se adoecem, o sofrimento só vai aumentando. Síndrome do pânico, depressão... Outras dores que se manifestam como inseguranças... É a sobrevivência que fala mais alto! Situações recorrentes entre cada um de nós e os membros das nossas redes de relações.

Na manutenção da opção do ensino prático nos serviços de saúde, as vivências de sofrimento se potencializam diante do aumento da exposição e do risco de contaminação. Mas o ensino teórico remoto traz ainda mais tensão ao trabalho docente com todas as barreiras de apropriação e acessibilidade digital, com as incertezas em relação à qualidade da formação nesse contexto. O resultado desse novo modo de viver? Síndrome do pânico, crises de ansiedade, depressão, estresse, doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares e tantos outros agravos à saúde física e mental...

E as profissionais e estudantes mulheres? O ensino remoto também revela a desigualdade de gênero. Sobrecarga de atividades, somadas às domésticas; dupla/tripla jornada de trabalho. Demandas chegam a todo momento. Não tem mais a distinção entre o horário de estar no trabalho, e o horário do lazer e para a família ou para si. Mulher que é mãe, pior ainda! Mãe de criança pequena, mais difícil, quase impossível. Desenvolver atividades de gestão, ensino, extensão e pesquisa, aliadas ao trabalho doméstico, ao acompanhamento escolar do filho e à convivência familiar, tudo no mesmo tempo e ambiente, vem sendo a realidade de muitas mulheres, trabalhadoras, mães, esposas e filhas, fruto das desigualdades de gênero que gritam mais do que nunca nesse contexto de trabalho remoto que agrega ainda mais sobrecarga e desgaste ao trabalho feminino.

Mas, quer saber? Olhando o todo... De onde começamos e aonde estamos... descobrimos muitas potencialidades! Vendo tantas coisas que aprendemos e fizemos, muitas ao mesmo tempo e tantas outras que nunca havíamos pensado na possibilidade de fazer...

A JORNADA: REFLEXÕES POSSÍVEIS

Nos afastamos e lançamos nossos olhares sobre os relatos desenvolvidos no formato de cartas. As experiências foram agrupadas no formato de crônica. Assim, foi possível reconhecer cinco eixos temáticos, a saber:

- Gestão da crise, incluindo cadeias de relações institucionais, comunicação, diálogos, consensos/dissensos, estratégias adotadas e diferentes níveis de participação dos agentes envolvidos na formação;

- Desafios para o ensino, abrangendo a qualidade da formação e a apropriação docente de novos recursos e ferramentas digitais para fins pedagógicos;
- Desigualdades e vulnerabilidades, perpassando pelos desafios da acessibilidade digital e pela sobrecarga de trabalho para as mulheres;
- Subjetividades e empatia manifestadas por meio do adoecimento de estudantes e docentes, do sofrimento psíquico e do acolhimento sensível; e
- Superação e crescimento expressos no olhar esperançoso sobre o futuro do ensino de enfermagem.

Gestão da crise

As diferentes formas de manejo do ensino durante o evento pandêmico desvelam modelos de gestão distintos frente às medidas sanitárias de enfrentamento à Covid-19 e, sobretudo, aos dispositivos legais emanados dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Essa emergência de reinventar o ser e agir pedagógico evidenciou que a gestão verticalizada resultou em fragilidades na comunicação, na potencialização do medo e das incertezas, na sensação de desvalorização e insegurança no emprego, bem como em vivências de sofrimento pelo trabalho. Por outro lado, a gestão democrática e dialógica se configuraram como ferramentas organizacionais eficientes que permitiram a colaboração, com sensibilidade e acolhimento das subjetividades, a construção de consensos e o fortalecimento do sentimento de pertencimento institucional, conformando vivências de prazer no trabalho mesmo em tempos caóticos.

Sob a ótica da Psicodinâmica do trabalho, a organização laboral pode ser fonte de sofrimento e prazer, fruto da relação dialética entre: o trabalho prescrito, que se refere ao conjunto de atividades predeterminadas que atende às demandas institucionais de orientação, burocratização e fiscalização; e o trabalho real, aquele que é de fato realizado com as adaptações necessárias, e as subjetividades do trabalhador⁽⁷⁾.

Nesse sentido, o sofrimento no trabalho resulta da percepção do trabalhador de que a relação entre si mesmo e a organização do trabalho encontra-se bloqueada, ou seja, não permite a subversão do trabalho prescrito. Já o prazer é gerado diante de uma organização que permite a transgressão do trabalho prescrito e a expressão da criatividade e da identidade do trabalhador⁽⁷⁻⁸⁾.

Assim, nas dinâmicas da gestão do ensino durante a pandemia relatadas na crônica, vislumbram-se duas situações: a falta de reconhecimento, que mostra a invisibilidade do trabalhador para a organização do trabalho docente e desencadeia sofrimento por ausência de significação social das atividades laborais; e o reconhecimento do docente, por seu esforço, engajamento e criatividade na solução de problemas, que enaltece sua importância para a organização, confere sentidos ao trabalho e, conseqüentemente, motivação e realização profissional.

Desafios do ensino

A conjuntura epidemiológica da Covid-19 trouxe uma atmosfera de indecisões quanto ao enfrentamento da pandemia, o início do período letivo de cursos superiores de enfermagem no estado do Rio de Janeiro e a impossibilidade de encontros presenciais para cumprir a determinação sanitária do governo.

Assim, as interações físicas em salas de aula, reuniões, eventos, atividades de pesquisa e extensão foram, forçadamente, virtualizadas⁽⁹⁾, o que exigiu criatividade, uso intensivo das tecnologias digitais de informação e comunicação, bem como a rápida apropriação de recursos diversificados para a manutenção dos processos de ensino e aprendizagem formais ou não formais.

Diante do inevitável uso dessas tecnologias, o debate entre educação a distância e ensino remoto emergencial se tornou caloroso, ainda que a realidade imposta pela pandemia fosse: docentes e educandos não compartilham o mesmo espaço geográfico e, algumas vezes, nem o mesmo tempo cronológico, mas juntos estabelecem interações telecomunicacionais com fins pedagógicos para a construção colaborativa de conhecimentos⁽¹⁰⁾.

No processo de adaptação dos cursos de enfermagem públicos e privados à “nova normalidade”, foram adotadas estratégias diversificadas para a manutenção das atividades acadêmicas. Nesse sentido, percebemos que as diferenças condizem com as condições estruturais e a capacidade institucional de responder rapidamente às demandas emergentes por tecnologias para a mediação pedagógica.

Outra questão fundamental que influencia a tomada de decisão e as atitudes da gestão diante da crise pandêmica é a corresponsabilização dos agentes envolvidos na formação, o compromisso em buscar caminhos mais inclusivos, a sensibilidade para a escuta e o acolhimento das subjetividades. O compartilhamento das decisões, das dificuldades e dos sucessos estiveram presentes em algumas das experiências em oposição às outras, nas quais a busca por uma pseudo normalidade fala mais alto e impõe a cada ator do processo encontrar o melhor e mais leve caminho para o coletivo.

Essas distinções nos remetem à reflexão apresentada por Koifman e Wong Un em seu trabalho desenvolvido com estudantes em campo prático.

Todas essas lógicas constituem estratégias do viver adquiridas no contexto de culturas institucionais verticais, opressivas e rigorosas. Nesses espaços onde apenas se sobrevive, não há lugar possível para a delicadeza, o encantamento do mundo, para a complexidade sutil do cuidado. Ser ‘bem-sucedido’ ao longo da formação é, para a maioria dos estudantes e professores, ser um ciborgue de grande crânio, imensa memória e incessante atualização de saberes técnicos^(11:264).

Desigualdades e vulnerabilidades

A pandemia encontrou muitos países com cenários políticos e econômicos instáveis, sistemas de saúde fragilizados e contextos de desigualdades sociais, reverberando na acentuação das iniquidades e vulnerabilidades, sobretudo de gênero⁽¹²⁻¹⁴⁾.

No Brasil, o problema histórico da falta de investimentos na garantia de políticas que assegurem serviços públicos nas áreas sociais, evidenciou as vulnerabilidades expressas: no desmonte do Sistema Único de Saúde e da seguridade social, na falta de amparo às famílias vulneráveis, no aumento do desemprego, da fome e das violências, em precariedades na segurança e nos transportes, bem como na adoção de estratégias educacionais unilaterais e não inclusivas^(4,15).

Além dessas questões, a falta de acessibilidade digital fica em evidência quando o assunto é educação, visto que uma parcela expressiva da população brasileira não possui acesso à internet ou tem acesso limitado e instável, principalmente entre os mais pobres, idosos, indígenas, quilombolas e moradores de áreas rurais⁽¹⁶⁾.

Frente às vulnerabilidades sociais, às desigualdades e à exclusão digital, os desafios para a manutenção de atividades pedagógicas em instituições de ensino, públicas ou privadas, foram e ainda são enormes. Para além do acesso à internet e aos recursos tecnológicos, somam-se as dificuldades de apropriação de meios e ferramentas necessárias ao desenvolvimento do processo educacional em tempos de pandemia, sem aproximação prévia de educandos e docentes com o uso destas tecnologias digitais de informação e comunicação para fins pedagógicos⁽¹⁷⁾.

No âmbito dos cursos de ensino superior da saúde, diversas estratégias foram implementadas pelas instituições para garantir a conclusão dos estudantes do último ano, continuar com as atividades acadêmicas da formação, e manter o vínculo entre educandos e docentes. No entanto, essas soluções geraram sobrecarga para os envolvidos, seja pelo receio de não acompanhar os novos processos de ensino e aprendizagem, seja pelo excesso de tarefas ou pela necessidade de apropriação rápida das ferramentas e metodologias para o trabalho docente remoto⁽¹⁷⁾.

Desenvolver atividades de modo remoto significou fazê-las no âmbito doméstico, com o trabalho invadindo outros espaços da vida, transformando rotinas e borrando as fronteiras entre público e privado, sem limites claros de horários e disponibilidade. Para as mulheres, esse contexto é ainda mais dramático e estudos internacionais já apontam para maiores indicadores de estresse, ansiedade, depressão e de exposição à Covid-19, bem como a danos socioeconômicos e à sobrecarga entre mulheres trabalhadoras que acumulam o trabalho doméstico não remunerado com os cuidados familiares⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

No caso dos docentes de enfermagem, profissão essencialmente feminina e ancorada no cuidado, o trabalho remoto trouxe tensões ao impor a necessidade de administração do tempo, das tarefas e da dedicação às diferentes esferas da vida destas

profissionais no mesmo ambiente, conjugando o processo de cuidar pedagógico, familiar, doméstico e de si própria no mesmo tempo e espaço.

Essa realidade vivida por mulheres do mundo durante a pandemia é reconhecida pela Organização das Nações Unidas, que destaca a acentuação das desigualdades, especialmente de gênero, e os impactos negativos sobre a saúde, os direitos e as liberdades das mulheres a longo prazo, impondo ainda mais obstáculos para o alcance dos objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável do Planeta^(14,20).

Subjetividades e empatia

As mudanças constantes no panorama epidemiológico da Covid-19, assim como o desencontro entre o discurso do campo científico e as decisões governamentais desenham um cenário de incertezas que corrobora para o adoecimento físico e psíquico dos indivíduos e coletividades.

Conforme constatado em pandemias anteriores, as implicações da Covid-19 sobre a saúde mental não podem ser negligenciadas em detrimento às ações diretas de enfrentamento, visto que o próprio isolamento social, ao mesmo tempo em que é a principal medida sanitária para conter o avanço do vírus, também se apresenta como fator de risco para depressão, estresse pós-traumático, suicídio, violências, prejuízos ao bem-estar físico e psicológico⁽²¹⁻²²⁾.

É preciso compreender que essas questões influenciam os diferentes campos da vida, sobretudo a profissional e acadêmica⁽²³⁻²⁴⁾, fazendo emergir novas necessidades e acentuando as vulnerabilidades existentes. Por isso, é essencial considerar essas nuances no planejamento e implementação do processo de ensino e aprendizagem⁽²⁴⁾, independentemente de ser desenvolvido de forma presencial ou remota.

Nessa perspectiva, a nossa crônica desvela o quanto a valorização das subjetividades, a solidariedade e as abordagens empáticas mostram-se necessárias para o estabelecimento de relações saudáveis e para a construção de redes de apoio em meio à pandemia. No entanto, também se constatou que o caminho oposto agrava os quadros de adoecimento e potencializa as vulnerabilidades, tornando ainda mais desafiador o contexto que estamos vivendo.

Assim, percebe-se que a dialogicidade, a empatia e a amorosidade são atitudes essenciais para lidar com as adversidades, desenvolver atitudes construtivas e vislumbrar tempos difíceis como experiências coletivas transformadoras para dias melhores⁽²⁵⁾.

Superação e crescimento

Apesar das adversidades, dos sofrimentos e das incertezas que permearam o trabalho das protagonistas da crônica apresentada, foi possível perceber que as estratégias de enfrentamento adotadas por algumas instituições de ensino de enfermagem no curso do

evento pandêmico proporcionaram desfechos positivos que se materializam na capacidade das docentes em enxergar potencialidades emanadas das experiências vividas.

Tal constatação nos parece estar associada às ações desenvolvidas pela gestão no sentido de, mesmo que inconscientemente, atender às necessidades psicológicas básicas dos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, tais como: fortalecer os relacionamentos e o sentimento de pertença; reforçar o vínculo; demonstrar empatia e afeto; reconhecer competências para manejar situações-problema, buscar soluções e alcançar objetivos; e incentivar a autonomia⁽²⁶⁾.

Como efeito, percebemos que nossas vivências nos mobilizaram a buscar parcerias, construir redes e nos reinventar para superar os desafios em uma perspectiva solidária e democrática. Apesar do distanciamento físico, o trabalho colaborativo e as interações virtuais proporcionaram o crescimento pessoal e profissional, nos permitindo lançar olhares esperançosos sobre o futuro.

PONTO DE CHEGADA

Nesse turbilhão de mudanças, incertezas e dúvidas sobre os rumos da educação durante a pandemia são comuns. No entanto, as distintas formas de gestão do ensino de enfermagem se desdobram em percursos mais leves ou mais difíceis para educadores e educandos.

Foram decisões importantes tomadas entre gestores, docentes e discentes, tais como interromper ou substituir algumas disciplinas, optar pela continuidade do ensino teórico e suspender a formação em campos de prática, elaborar aulas para o formato remoto e utilizar as melhores ferramentas para o acompanhamento dos alunos.

A necessidade de desbravar o desconhecido com pouco apoio ou ainda incerto trouxe alguns conflitos, mas foi possível perceber que, mais do que nunca, os docentes estavam preocupados não só em disponibilizar conteúdo, mas que houvesse garantia na qualidade do ensino que estava sendo oferecido aos alunos. Apesar do novo, do aprendizado em pouco tempo dos recursos disponíveis para dar aula, ficou evidente que os laços foram estreitados, que professores e alunos começaram a construir um novo vínculo que também auxiliou no processo de aprendizagem.

Em tempos difíceis para as diferentes áreas da vida, a pandemia evidenciou as distinções existentes no campo da gestão do ensino de enfermagem, despertando reflexões sobre novas formas de ser, pensar e agir na formação, tanto em relação ao ensino prático quanto ao ensino remoto.

Nessa caminhada com muitos percalços, com certeza, a principal lição aprendida foi que a amorosidade, a solidariedade e a criatividade são essenciais para enfrentar os desafios e as vivências de sofrimento advindas das perdas, vulnerabilidades e desigualdades potencializadas pela pandemia. Impactos no presente e no futuro das pessoas envolvidas (alunos e professores). Todos sobreviventes neste cenário pandêmico.

Do início do isolamento até este momento, o caminho percorrido e as estratégias educacionais implementadas nos permite agregar saberes e experiências para desenvolver um processo de ensino e aprendizagem, provavelmente, híbrido, mediante ações inclusivas que favoreçam a participação de todos, com medidas de proteção à saúde e resguardada a essencialidade do ensino presencial para a formação prática de enfermeiras. A formação para o cuidado em saúde não prescinde do contato humano, insubstituível para a constituição de trabalhadores de enfermagem comprometidos ética e politicamente com a vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. OMS. Año del Personal de Enfermería y de Partería. 2019. Acesso em: 17/09/2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
3. World Health Organization (WHO). WHO Characterizes COVID-19 as A Pandemic. World Health Organization. 2020. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
4. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. COVID-19 pandemic: a health and humanitarian crisis. Cad. Saúde Pública. 2020;36(7):e00177020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>
5. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 46.973 de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (Covid-19); e dá outras providências. DOERJ 17 mar 2020. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjI%2C>
6. Governo Federal. Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. DOU 7 fev 2020. Edição:27. Seção: 1. Página:1 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>
7. Dejours C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar L, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 57-123 p.
8. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2015. 152 p.
9. Lévy P. O que é Virtual?. São Paulo: Editora 34; 2011. 157 p.
10. Logan JW, Lundberg OH, Roth L, Walsh KR. The Effect of Individual Motivation and Cognitive Ability on Student Performance Outcomes in a Distance Education Environment. Journal of Learning in Higher Education [Internet]. 2017 [cited 2020 May 5];13(1): 83-91. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1139727.pdf>

11. Koifman L, Won Um JL. Construindo Saberes Recíprocos: ética e técnica na prática educativa em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, ABRASCO; 2008. 251-66 p.
12. Hamzehgardeshi Z, Yazdani F, Rezaei M, Kiani Z. COVID-19 as a threat to sexual and reproductive health. *Iranian Journal of Public Health*. 2020;49(suppl 1):136-37 <https://doi.org/10.18502/ijph.v49iS1.3688>
13. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crisis, conditioning factors, and challenges in the coordination of Brazil's federative State in the context of COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(7):e00185220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>
14. Tran NT, Tappis H, Spilotos N, Krause S, Knaster S. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Tran NT et al. Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic. *Lancet Glob Health*. 2020;21:S2214-109X(20)30190-X. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30190-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30190-X)
15. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020;29(2):e2020166. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
16. Tic Domicílios. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros. Comitê gestor da internet no Brasil. São Paulo; 2019. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/12225320191028-tic_dom_2018_livro_eletronico.pdf. Acesso em 19 set 2020.
17. Couto ES, Couto ES, Porto Cruz IM. #Fique em casa: educação na pandemia da Covid-19. *Interfaces Científicas*. 2020;8(3):200 - 17. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p200-217>
18. Fuhrman S, Kalyanpur A, Friedman S, Tran NT. Fuhrman S et al. Gendered implications of the COVID-19 pandemic for policies and programmes in humanitarian settings. *BMJ Glob Health*. 2020;5(5):e002624. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002624>
19. Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M et al. Centering sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet*; 2020;395(10231):1175-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1)
20. Organização das Nações Unidas. COVID-19: ameaças aos direitos das mulheres prejudicam a todos. Brasil. 04 de maio de 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-covid-19-ameacas-aos-direitos-das-mulheres-prejudicam-a-todos/>
21. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol*. 2020;37:e200063. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
22. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2020;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
23. Maia BR, Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estud. psicol*. 2020;37:e200067. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

24. Dias E, Pinto FCF. A educação e a Covid-19. Ensaio: aval. pol. públ. Educ; 2020;28(108):545-54. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002801080001>
25. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2019. 256 p.
26. Linhares MBM, Enumo SRF. Reflexões baseadas na psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. Estudos de Psicologia. 2020;37:e200089. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>

PESQUISA EM ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA: AUTORRELATO SOBRE O DEVAGAR-DEPRESSA DOS TEMPOS

Data de aceite: 02/11/2024

Helena Maria Scherlowski Leal David

A ESCRITA DE SI

*O melhor o tempo
esconde*

Longe muito longe

Mas bem dentro aqui

(Caetano Veloso –
Trilhos Urbanos)

Este texto, desde o convite inicial para participar da construção do livro, só conseguiu ser por mim pensado sob o formato algum tipo de escritura ou narrativa pessoal. Isso porque parto do pressuposto de que a vivência da atual situação que nos impôs bruscas mudanças no processo de produzir pesquisa tem sido mediada por vários fatores, e aqueles que dizem respeito à nossa individuação, ao nosso ser-no-mundo individual tem um peso bastante expressivo.

A escolha desta forma de escrita é, no meu caso, inédita, já que não

costumo exercitar este tipo de registro de pensamentos, ideias, memórias por meio de narrativa na primeira pessoa. Meus escritos são marcados pela decodificação impessoal dos dados e resultados de pesquisa, reflexões e leituras em texto científico, para comunicar e dialogar, para expor ao crivo da comunidade acadêmica aquilo que produzo no meu cotidiano como pesquisadora na área da enfermagem.

Além de não ser um formato do meu domínio habitual (portanto algo um tanto difícil e mesmo incômodo), partiu também de um desejo, uma vontade de talvez produzir as trocas interpessoais e coletivas que me foram negadas ou dificultadas em função das mudanças na dinâmica da vida em meio à pandemia por Covid-19, desde março deste ano de 2020. Falar, verbalizar (como bem sabem os que me conhecem), não é nada difícil ou sofrido para mim, é algo que gosto de fazer (mesmo que o monólogo interno onipresente no meu pensamento, apesado que só, tente sempre se adiantar à escuta real).

Só que a escrita de si, não produz diálogo. É outro gênero literário, de meio e mensagem. É outro interlocutor que se busca. Quem?

O relato de si compõe um tipo de escrita que pode ser considerado parte dos chamados gêneros literários confessionais, também conhecidos por outros nomes: memórias, diários, escrita íntima, dentre outros, e cuja característica é a de “*objetivar o eu que fala*”^(1:12). Pode haver também alguma intenção, mais ou menos consciente, de ordenar o caos do próprio pensamento em relação a alguma organização ou estabilidade externa desejável, uma aspiração de organização e apaziguamento da alma, um (re)encontro com alguma ordem universal, como nas memórias sobre a própria conversão produzidas por Santo Agostinho.

A valorização da escrita de si como um adestramento essencial no processo de autoconhecimento e aprofundamento do pensamento já era valorizada entre os filósofos gregos. Foucault aponta que pode ser uma forma de amenizar os efeitos da solidão, da necessária solidão dos que se entregam à vida reflexiva:

A escrita de si mesmo aparece aqui claramente na sua relação de complementaridade com a anacorese: atenua os perigos da solidão; dá o que se viu ou pensou a um olhar possível; o facto de se obrigar a escrever desempenha o papel de um companheiro, ao suscitar o respeito humano e a vergonha; podemos, pois, propor uma primeira analogia: aquilo que os outros são para o asceta numa comunidade, sê-lo-á o caderno de notas para o solitário^(2:1).

Ao longo deste quase um ano de isolamento social, este autorrelato renuncia, desde sua origem, a qualquer ideia de reencontro com alguma ordem universal externa. Não vejo ordem no mundo, não pelo menos neste mundo que está imediatamente visível do lado de fora da minha porta, que espio pelo noticiário, que busco imaginar a partir de mensagens de ex-alunos e colegas que atuam nos serviços de saúde, exaustos e perplexos, lutando bravamente para ajudar pessoas a respirar – literalmente.

Esta escrita de mim, como pesquisadora, é a escrita também de alguém que descobriu medos inéditos, até mesmo fantasiosos: de ser chamada a trabalhar compulsoriamente em hospitais, de perder pessoas queridas, de não ter um horizonte de certeza de nada pela frente. De controlar menos e menos o próprio destino. A morte já não é uma possibilidade tão distante para ninguém, e preciso fazer um esforço diário de ordenar-me internamente, de vivenciar cada dia sem grandes planos pela frente. Mas há alegrias, muitas também inéditas, e não pretendo deixar de colocá-las no lugar de importância que têm.

É, portanto, com este texto marcado pela incerteza, com a mente tateando para buscar palavras que sejam capazes de objetivar um eu que nem eu mesma conheço totalmente, num cenário de vida inusitado, que procurei trazer a vivência do fazer da pesquisa durante uma quarentena que, se não é eterna (certamente não será), não parece, neste exato momento, ser provisória a ponto de nos permitir um simples retorno à vida como conhecíamos.

O VIRTUAL COMO CAMPO EMPÍRICO E O DEVAGAR-DEPRESSA DOS TEMPOS

A chegada da Covid-19, que era uma possibilidade que sabíamos racionalmente que iria se concretizar desde o início do ano, tem para mim um evento-marco, um momento exato em que tomei consciência do que poderia acontecer. Trata-se de um áudio de WhatsApp que circulou na primeira quinzena de março, no qual um médico brasileiro relata uma reunião clínica na qual foram mostradas e discutidas imagens e condições de evolução rápida para casos graves em outros países, da imensa demanda de leitos que se estava prevendo, e do colapso do sistema de saúde italiano que já estava acontecendo. O áudio termina com uma previsão preocupante e otimista, e – hoje sabemos – equivocada: seria um evento sanitário de grandes proporções, mas em quatro meses estaria controlado, e em 2021, o novo coronavírus seria apenas mais um vírus sazonal e de baixo impacto.

Nestes mesmos dias, as notícias sobre a situação na Itália nos chegaram, e me impressionou muitíssimo o relato de que pessoas estavam morrendo em casa, sem tempo de chegar aos serviços, com o atendimento funerário sem dar conta de recolher os corpos nas casas, pelo que algumas famílias tiveram de conviver com seus mortos por até uma semana. Numa destas noites de março, eu sonhei o que provavelmente é fruto de alguma memória infantil primitiva, de terror e medo, no qual uma espécie de animal escuro me mordida, não soltava, e eu gritava em pânico por minha mãe e meu pai. Meu marido disse que acordou comigo gritando por meu pai durante o sono.

Decorrido algum tempo, e já com a pandemia se estendendo pela cidade e pelo país, minha racionalidade retomou rumo. De início, eu pensava que seria possível algo como uma quarentena imediata e total, que todos iriam seguir para se proteger. A profunda desigualdade e injustiça social que marca a sociedade brasileira veio à tona, como um bueiro que explode em dejetos, e mostra o verdadeiro conteúdo por debaixo da cidade aparentemente limpa. Como todo e qualquer processo endêmico-epidêmico, a pandemia por Covid-19 iria afetar todos, mas de maneira desigual, e com chances de adoecer e morrer também desiguais. E este é o cerne que sustenta muito do meu fazer de pesquisa: as injustas condições de produção e reprodução da vida, que determinam processos de adoecer e morrer desigualmente distribuídos na população, e que não podem ser explicadas por meio apenas da análise de um “retrato” pontual das situações, senão que precisa incluir, necessariamente uma perspectiva ético-política e histórica⁽⁹⁾.

Me veio logo de imediato o desejo de contribuir de alguma forma na produção de conhecimentos sobre o desconhecido que estávamos a viver. Rapidamente, grupos de pesquisa foram se estruturando, e passei a compor alguns, e, ao mesmo tempo, desenhei estudos para ampliar a compreensão a respeito das formas de enfrentamento pelos trabalhadores de saúde e enfermagem.

A pesquisa na área de saúde e enfermagem que tem como objetivo produzir conhecimento sobre os modos desiguais de viver, adoecer e morrer exige do pesquisador

criatividade, compromisso e clareza sobre onde e como buscar os dados para a produção de resultados, e também intuição para a observação de aspectos não imediatamente visíveis ou objetivos. Como dito, é uma pesquisa que também é denúncia, que não se pretende neutra, que toma partido e posição em favor dos grupos vulneráveis – não porque *são vulneráveis*, mas porque *foram vulnerabilizados* pelos processos de determinação social e biológica das doenças.

Dentro da categoria da enfermagem brasileira passou a ficar bastante claro o quanto os modos de viver e adoecer no trabalho se produzem de forma desigual. A imensa massa de trabalhadores técnicos de enfermagem, na grande maioria mulheres, pretas e pobres, foi a categoria que, em números absolutos, mais adoeceu e morreu por Covid-19 no Brasil.

Outra questão que logo chamou minha atenção como foco de pesquisa foi a invisibilidade do nível de atenção da Atenção Primária de Saúde (APS), que passou a ser subsidiária do sistema de urgência e emergências e para o encaminhamento de casos para internações, quando deveria se constituir em porta de entrada e de organização da rede, com oferta de testagem, educação em saúde e encaminhamentos, de acordo com a necessidade das pessoas⁽⁴⁾.

Na cidade do Rio de Janeiro, foi justamente no período em que a pandemia estava se expandindo que foram demitidos profissionais da APS vinculados às Organizações Sociais, ao mesmo tempo em que denúncias de malversação de gastos públicos ecoaram na cidade e no Estado, impondo a usual dança das cadeiras na política partidária e na gestão. Todo o acúmulo de décadas que tivemos a respeito do controle de doenças infecciosas e transmissíveis, de como ordenar e coordenar ações entre os níveis de atenção e dar respostas à população se reduziu a leitos de hospitais de campanha, montados às pressas, desmontados quando todos acharam que havia o controle da situação, e remontados novamente às pressas diante do recrudescimento no número de casos e mortes, já perto do final do ano.

Um aspecto a destacar sobre os modos de fazer pesquisa é sobre a retirada forçada do cenário empírico, que se transformou em verdadeiro “campo minado”. Logo soubemos que os serviços de saúde se tornariam um lócus ameaçador, pela provável concentração de casos graves. Pesquisadores que compõem algum grupo de risco, como eu, pela idade, precisaram buscar alternativas, começando pelos questionários pela internet, que passaram a saturar os serviços de saúde, e estão a exigir que se criem outros espaços virtuais para a obtenção de dados. Também foi oportunidade de voltar às leituras e estudos que nem sempre temos tempo de fazer, dado o volume de tarefas acadêmicas usualmente assumidas nas universidades.

A ida a campo para coleta de dados, na atual fase em que me encontro como pesquisadora, conta com o apoio dos alunos, mestrandos, doutorandos, mas implica em alguma proximidade com profissionais, poder desenvolver entrevistas individuais, e manter uma agenda de reuniões presenciais do grupo de pesquisa, reuniões estas fundamentais

para a troca, o exame coletivo dos dados, a produção a muitas vozes. Ainda que as reuniões do grupo tenham se produzido por meio de plataformas na internet, a mediação da virtualidade deslocou o fazer de pesquisa, que de alguma forma não é mais o mesmo, nem está no mesmo lugar.

Deslocada, estou na terceira margem do rio, não por vontade própria e não explicada, como o pai do conto de Guimarães Rosa – fui, como todos, colocada em uma canoa que parece cujo destino parece ser um eterno navegar *no devagar depressa dos tempos*⁽⁵⁾. Há âncoras, aqui e ali na dimensão corporificada do tempo – datas de defesa, calendário de aulas, prazos a cumprir, ainda preciso organizar minha agenda. Mas são âncoras logo levantadas. As tarefas, uma vez cumpridas, me fazem retornar ao não lugar de um tempo impreciso, e me faz lembrar que estamos navegando em um rio sem margens visíveis, e nem mesmo terra firme há onde pisar.

O FOCO E A DISPERSÃO – E PORQUE UM PRECISA DO OUTRO

Percebo que se produziu um borramento da demarcação do tempo destinado à prática da pesquisa, desde o estudo e leitura, passando pela organização e reflexão sobre dados e resultados, até a escrita de produtos para comunicar os grãos de areia do conhecimento produzidos. Não apenas os contornos do tempo e da ação da pesquisa estão diluídos, como se misturam aos fazeres da vida cotidiana. Não que antes eu tivesse um calendário fixo e sequencial de atividades, mas a minha capacidade de planejar minha vida encurtou consideravelmente seu horizonte temporal (nem menciono o espacial). Se, antes, podia estabelecer uma antecipação razoavelmente precisa a respeito de uma semana ou de um mês de trabalho, agora, com frequência, me limito a estabelecer nortes para apenas o dia que começa, e que passou a incluir a reprodução da vida cotidiana.

Escrevo isso com a plena consciência de ser mulher privilegiada pela posição profissional e social, o que me permitiu durante este tempo todo usufruir do conforto e dos recursos do lar, do diálogo e afeto do companheiro, do contato com filhos e netos (estes, muito raramente, nos momentos em que alguma segurança parecia querer ganhar raízes). Mesmo com todas estas formas de amenizar a angústia, há solidão (creio que todos nós nos sentimos solidão, de alguma forma). O modo como cada um, pessoalmente, foi capaz de organizar sua vida e seus fazeres parece depender destes fatores de apoio social e estrutura financeira, mas também da renúncia à uma ideia de futuro próximo.

Os atravessamentos no nosso pensamento e na capacidade de mergulhar de modo mais focado no estudo ou escrita, ou em algum debate ou diálogo de reunião virtual são muitos, e alguns dão um toque de leveza a estes tempos de tanta preocupação, pela comicidade das situações inéditas e inesperadas: a gata que quer se mostrar na tela do computador durante uma reunião, o áudio do neto entusiasmadíssimo com suas novas habilidades no manejo da higiene pessoal, a entrega de alimentos e insumos para a casa,

que no início, pela pouca familiaridade de compradores e entregadores, causava confusões entre o pedido de uma unidade e um quilograma, interpretado e entregue na forma de um único tomate, ou uma única batata, devidamente embalados.

Pensando em leveza, não posso deixar de trazer breve (e desestruturada) reflexão sobre a dialética dispersão-foco do pensamento na produção da pesquisa, algo que percorre meus dias. Estou neste momento justamente refletindo sobre isso, e assistindo minha gata na sua prática de *parkour* pela casa, emitindo um som que interpreto como um trinado de alegria e excitação – pelo simples fato de estar viva (e por precisar gastar a energia explosiva dos felinos para em seguida praticar a arte de aquietar-se e dormir boa parte do dia).

Lendo há uns dias uma resenha literária sobre lançamentos recentes em língua inglesa, há justamente um recém-publicado livro intitulado *Feline philosophy: cats and the meaning of life*,¹ do filósofo britânico John Gray, cuja obra discorre sobre temáticas, como a racionalidade humana, grandes dilemas filosóficos, temas contemporâneos e história da filosofia. E gatos.

Desconheço a produção e o pensamento do autor, mas o título desta obra me chamou a atenção, e lendo uma matéria no jornal A Folha de São Paulo⁽⁶⁾ por ocasião de uma visita sua ao Brasil, me deparei com este trecho comentando um outro livro anterior:

Como afirma em seu “The Silence of Animals”, para Gray a obsessão humana por sua superioridade entre os seres vivos mostra nossa incapacidade de ver que o silêncio dos animais pode ser uma forma elegante de observação. Eles nos contemplam com sabedoria. Se falassem, diriam: “Esses humanos inquietos passarão!”.

Sem adentrar no miolo de uma discussão epistemológica mais rigorosa, fiquei pensando que o simples fato de atribuir “elegância na observação” aos animais já é, por si, uma forma de classificar estes seres a partir de atributos humanos, o que eu considero um grande erro – para mim, gatos são gatos, e são tanto mais felizes quanto mais os reconhecemos unicamente como gatos, sem lhes conferir atributos místicos ou sentimentos comparáveis aos nossos. O que não significa que não é possível haver uma relação capaz de despertar afetos alegres mútuos. De alguma forma, os animais com os quais convivemos no lar, nos ensinam coisas, e nos despertam sentimentos felizes (e também tristeza quando se vão).

Voltando à minha apreciação da capacidade felina de atravessar os dias num eterno *looping* de acordar-correr-caçar-comer-fazer a higiene-dormir, não que isso fosse desconhecido para mim, mas a convivência forçada dentro de casa me obrigou a observar melhor o modo como minha gata vive seu tempo de vida. E passei também a observar-me como observadora da vida ao meu redor, no limitado espaço da casa, e em um contexto de incertezas de diversas ordens. Cheguei à conclusão provisória de que o isolamento social forçado tornou mais evidente a relação entre a forma como ocorrem alguns fenômenos

1. Em tradução livre: Os gatos e o significado da vida.

mentais meus – observação, intuição, imaginação – e a produção de perguntas ou formulações parciais para análise no âmbito da pesquisa. Pelo visto, minha gata tem sido um excelente catalisador, além de uma (quase sempre) boa companhia. Explico.

Percebo que há continuidade entre um tipo de atenção dispersa que se produz o tempo todo: apreciar a gata, realizar as pequenas ações cotidianas, perceber ao fundo o canto diário do sabiá que frequenta alguma árvore próxima, e o exercício focalizado do estudo, da leitura de projetos, da análise de dados de pesquisa. O pensamento não tem um local ou momento exato para acontecer, e há deriva entre o simples viver do momento presente (como os gatos fazem) e o foco do pensar de forma metódica exigido pela pesquisa.

Novamente, não se trata de algo que não ocorresse antes. Mas as capturas da mente ganharam outros contornos e peso. Há a constante preocupação diante do quadro sanitário, sentimentos de solidariedade e dor compartilhada diante das perdas, convivendo com um eventual despertar banhado pela alegria de estar vivo, a possibilidade de observar o céu, sentir um pouco do sol pela janela, e ter esperança – pela certeza da impermanência do que quer que exista.

ALGUMAS PALAVRAS PARA ENCERRAR...

Sendo pesquisadora sobre temas relativos ao trabalho de saúde e enfermagem, e à relação entre as conjunturas mais amplas que impõe modificações no conteúdo e forma deste trabalho, minha aproximação à realidade vivenciada pelos profissionais que estão trabalhando no cuidado direto às pessoas infectadas e doentes tem se dado pela pesquisa, na qual constato que nada ou pouco muda termos de invisibilidade, desvalorização e precarização do trabalho, em especial das categorias socialmente menos valorizadas nos serviços – técnicos de enfermagem, pessoal de limpeza, transporte, rouparia, segurança e outros. Há um fenômeno que me intriga, e ao mesmo tempo me indigna, que é a dissociação cognitiva coletiva da sociedade quando se fala do trabalho de enfermagem: somos heróis/heroínas, chegamos a receber aplausos nas janelas no início da pandemia e nosso trabalho é absolutamente essencial; mas também sofremos agressões, temos sido explorados, estamos exaustos e sobrecarregados e – pior – desacreditados. Este é apenas um desabafo que trago aqui, e que penso que representa um sentimento coletivo na nossa categoria profissional, da qual me sinto parte, ainda que de outra forma.

Encerro aqui este relato-de-mim, no qual busquei tecer algumas relações entre a vivência pessoal das restrições e mudanças durante a pandemia, e o exercício da pesquisa. Fica a certeza de que é preciso ancorar no presente sem perder o horizonte de um futuro de mudança, atentos e fortes sempre que possível.

A mudança, embora não pareça, está a se produzir, o verbo esperar e a poetização da vida ajudam a empurrar a pesada roda da história. Galeaneamente, produzamos utopias que nos obriguem a caminhar em sua direção.

REFERÊNCIAS

1. Prange APL. Da literatura aos blogs: uma passeio pelo território da escrita de si. (2003). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 129fl. [cited 10 DEc.2020]. Available at https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4084/4084_1.PDF
2. Foucault M. A escrita de si. In: O que é um autor? Lisboa: Passagens. 1992. p. 129-60. [cited 19 Dec 2020]. Texto transcrito disponível em: <https://machinedeleuze.wordpress.com/2017/04/11/michel-foucault-a-escrita-de-si/>
3. Borhi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2018 [cited 20 Dec 2020]; 16 (3): 869-897. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
4. David HMSL, Acioli S, Silva MRFD, Bonetti OP, Passos H. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [cited 17 Dec 2020]; 42: e20200254. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>
5. Rosa JG. Primeiras estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1998. 200 p.
6. Pondé LF. Filósofo britânico John Gray ataca 'problemas insolúveis' da era moderna. A Folha de São Paulo, caderno Ilustríssima [Internet] 06 Jul 2015 [cited 20 Dec 2020]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2015/07/1652016-filosofo-britanico-john-gray-ataca-problemas-insolueis-da-era-moderna.shtml>

PARTE III

ENFRENTAMENTO DA CRISE SANITÁRIA NA PERSPECTIVA GERENCIAL

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 02/11/2024

Mercedes Neto

Mary Hellem Silva Fonseca

Flávio Dias da Silva

Marina Maria Baltazar de Carvalho

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Nadja Greffèe

ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, atuou durante a guerra da Crimeia, e distinguiu-se por ter implementado um sistema de cuidados, que à época diminuiu em cerca de 40 % o número de mortes. Além disso, Nightingale implementou mudanças no processo de cuidar e gerenciar o cuidado com o intuito de minimizar os riscos e melhorar consideravelmente a situação sanitária do local onde se encontravam^(1,2). Apesar dos bloqueios de outros profissionais perante mudanças sugeridas por uma enfermeira, o fato foi que sua diferença no manejo

àquela crise sanitária fez com que, 200 anos depois de seu nascimento, ainda executemos suas orientações quanto à prevenção e higiene, pautados na melhoria das condições sanitárias da população assistida⁽³⁾.

Ao longo da trajetória de Florence Nightingale, suas concepções teóricas com base em observações organizadas sistematicamente sobre o seu cotidiano na prática do cuidar dos doentes, por meio de dados estatísticos, que ela dominava, destaca-se o “diagrama da rosa”, gráfico que evidenciou as mortes dos soldados na Guerra mais por doenças infecciosas adquiridas no hospital, do que pelos ferimentos de guerra. Isso teve um impacto no convencimento do governo britânico para tomar medidas de higiene nos hospitais⁽⁴⁾.

Até hoje, diversos profissionais de saúde, além dos enfermeiros, usam como base de seus trabalhos as contribuições de Nightingale para o campo de seus trabalhos no que tange o meio ambiente, a epidemiologia, o sanitarismo, além

da prevenção e controle de infecções. Além disso, tendo sido enfermeira em época de epidemias, de que é exemplo a cólera e o tifo, Nightingale lançou recomendações que continuam sendo utilizadas e validadas, nomeadamente, para enfrentar condições de infecção⁽⁵⁾, no qual tem-se como exemplo atual na pandemia por Covid-19.

Aspectos Conceituais da Vigilância em Saúde

Historicamente, o conceito de “vigilância em saúde” esteve atrelado ao comportamento do processo saúde/doença de cada época. As medidas de isolamento, por exemplo, são práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde na sociedade. No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena.

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças e novas formas de organização e planejamento dos serviços de saúde são apresentadas. Surge, então, em saúde pública, o conceito de ‘vigilância’, ainda em uma condição limitada, na função de observar contatos de pacientes sintomáticos pelas denominadas ‘doenças pestilenciais’⁽⁶⁾.

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou ‘vigilância em saúde’ como a “observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la”. A definição atual da vigilância baseia-se nessa mesma noção de vigilância, com possibilidade de direcionar a tomada decisão na esfera governamental⁽⁷⁾.

As doenças transmissíveis além dos números alarmantes, também disseminam a necessidade de estruturar o pilar da ‘vigilância’ nos serviços de saúde, através da ‘campanha de erradicação da varíola’, nas décadas de 1960 e 1970. Nesse mesmo período, no Brasil, é organizado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Durante a década de 1990 ficam estabelecidos três elementos que compõem a estrutura da vigilância em saúde: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e o desafio para a estruturação da vigilância ambiental. A vigilância epidemiológica é um dos pilares estruturantes da vigilância em saúde que tem por finalidade fornecer subsídios permanentes para execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas mesmas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida⁽⁸⁾.

Os sistemas de vigilância epidemiológica do mundo funcionam através de listas de doenças/agravos de notificação compulsória, a atualização destas listas é sempre dinâmica e respeitam critérios epidemiológicos como magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, sendo a lista periodicamente revisada, seja em função da situação epidemiológica atual, emergência de novos agentes ou ainda alterações no regulamento sanitário internacional⁽⁹⁾.

O processo de trabalho em vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde e ganham cada vez mais destaque no cenário mundial, uma vez que doenças locais ganham rápido potencial de disseminação para uma sociedade que assume perspectiva globalizante e a cada vez mais tecnológica. O mundo contemporâneo tem exigido atualizações constantes, respostas rápidas e efetivas, assim como a incorporação de novas estruturas e estratégias capazes de atender às expectativas, inovações científicas e tecnológicas que ofereçam respostas qualificadas, que elevam o impacto epidemiológico das ações.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes; entre outras⁽⁷⁾.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO

O manejo de uma Emergência de Saúde Pública, pela Vigilância em Saúde, pressupõe um olhar para além da atuação institucional consolidada do setor, à medida que os processos norteadores de construção de uma resposta convergem na enumeração e integração entre todos os seus elementos constituintes.

Entre as competências enumeradas⁽¹⁰⁾ para um gestor de Emergências de Saúde Pública podemos listar “a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, articuladas nas três áreas de competência que delimitam o escopo de atuação profissional, sendo estas *a atenção à saúde, a gestão em saúde e a educação em saúde*”.

Na segunda metade da década de 2000, mais especificamente a partir de 2007, o Brasil e em especial a cidade do Rio de Janeiro, entraram na agenda para realização de eventos de massa mundiais, tais como: *Jogos Pan-Americanos (Rio 2007)*, *Jogos Mundiais*

Militares (Rio 2011), Rio +20 (2012), Copa das Confederações (Rio 2013), Jornada Mundial da Juventude (Rio 2013); Copa do Mundo de Futebol – FIFA 2014, Jogos Olímpicos e Paralímpicos (Rio 2016).

Sediar eventos de massa de importância internacional imputam inúmeros desafios à gestão pública. No âmbito do Sistema de Saúde, esses eventos representam a real necessidade de agendas de convergência e planejamento integrado, dada a complexidade das operações de campo e os riscos potenciais à saúde da população inerentes.

As ESPII são definidas como eventos extraordinários determinados por: a) constituir um risco de saúde pública para outro estado por meio da propagação internacional de doenças; b) requerer, potencialmente, uma resposta internacional coordenada.

Todavia, destaca-se⁽¹¹⁾ que o termo “Emergência de Saúde Pública (ESP)” não restringe os eventos e interesse à ocorrência de natureza infecciosa e transmissível e que combinam ainda problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais.

Há que se considerar o grande desafio interposto à gestão das Emergências de Saúde Pública, por ocasião da eclosão da pandemia por cepa do vírus H1N1 de linhagem suína, a partir de 2009 compreendendo que⁽¹²⁾:

Apesar de situações de emergência de saúde pública causadas por agentes infecciosos foram registrados no campo da saúde pública ao longo dos séculos, eles ainda causam ameaças e insegurança devido à mudança de padrão das doenças infecciosas e da dinâmica de transmissão de seus agentes. No início do século XXI, a gripe suína, que alcançou o status de pandemia pela influenza A (H1N1), constituiu um desafio para gestores e trabalhadores da área de saúde, devido à sua falta de um padrão claro de comportamento, com impacto sobre as decisões gerenciais. Mesmo que este é um campo de idade, ainda é um processo de descobrir as possibilidades de organizar as estratégias para o gerenciamento desses situações de emergência. Este é um desafio para os serviços de saúde, não só nos países em desenvolvimento como o Brasil, mas também nos países desenvolvidos. Por esta razão, a preocupação com os problemas de saúde decorrentes de doenças infecciosas voltou para as agendas dos governos⁽¹²⁾.

É de suma importância o resgate desse histórico, considerando a sinergia de processos e procedimentos quando da preparação de resposta, sendo a Vigilância em Saúde, nesses dois cenários um elemento disparador das atividades.

A descrição de fatos, que narram a epidemia pelo novo coronavírus, inicia-se em 31 de dezembro de 2019, através de detecção do escritório da OMS – República Popular da China sobre declaração da Comissão Municipal de Saúde de Wuhan – província de Hubei, publicada em website, que mencionava casos de uma “pneumonia viral”. O escritório regional da OMS na China transmite o documento e respectiva tradução ao escritório da OMS – ponto focal do Pacífico Ocidental, em cumprimento ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

Em 09 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas informam que o surto é causado por um novo coronavírus e a OMS dispara documentos com orientações para o gerenciamento de surtos de uma doença: prevenção e controle de infecções, provas de laboratório, ferramentas para exames, comunicação de risco e participação da comunidade, lista de produtos, orientações para viajantes, gestão clínica e definição de caso para vigilância. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

Na região das Américas, o primeiro caso foi identificado em 21 de janeiro de 2020 nos EUA. No Brasil e na América do Sul, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 26 de janeiro de 2020, na cidade de São Paulo e a partir da segunda metade de maio de 2020, a OMS anuncia a América do Sul como novo epicentro da epidemia, países periféricos marcados pela desigualdade social e econômica. Segundo dados da OMS⁽¹³⁾, atualizados em 28 de julho de 2020, foram contabilizados 16.523.815 casos e 655.112 óbitos confirmados pela doença, letalidade de 4,0 %.

No Brasil, o gerenciamento da atual emergência de saúde pública tem sido impactado pela crise política e intensa troca de ministros durante a pandemia, o que resulta em ações não sistematizadas pela união e perda na capacidade de se antecipar e prevenir o avanço da interiorização da doença no país. Segundo dados do Ministério da Saúde atualizados em 30 de julho de 2020, o país chega a 2.556.765 casos confirmados e 90.383 óbitos confirmados por Covid-19, letalidade de 3,5 %. A pandemia no Brasil, para além dos números, revela um país marcado pela desigualdade social, observada na dificuldade de acesso a serviços essenciais, como por exemplo saúde, política social frágil e desproteção dos mais vulneráveis⁽¹⁴⁾.

Covid-19 e a construção do processo de trabalho da Vigilância em Saúde

A construção dessa resposta teve início em 17/01/2020, momento em que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde publica o primeiro Boletim Epidemiológico, com a apresentação das definições operacionais e fluxos de investigação preliminares para a denominada “Pneumonia de etiologia desconhecida” identificada na China. Conforme rotina, nos âmbitos Estadual e Municipal (especificamente nas capitais) passam a ser acionadas as estruturas da Rede CIEVS (Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde) como pontos focais para monitoramento inicial do evento, recepção e disseminação de informações.

Em 22/01/2020 o Ministério da Saúde ativa o Centro de Operações de Emergência (COE) para alinhamento, planejamento e organização das atividades entre todos os atores envolvidos, além do fortalecimento do monitoramento internacional do evento.

No âmbito municipal o CIEVS-Rio passa a intensificar a captura de informações para monitoramento internacional do evento e a estruturar orientações técnicas, ajustadas às rotinas locais, para retroalimentação da gestão municipal e rede de serviços de saúde. O CIEVS-Rio passa a ser o ponto focal, na gestão municipal, de comunicação junto ao COE-MS.

Em todo processo de estruturação da vigilância de uma doença/agravo emergente, o dinamismo das modificações nas definições operacionais imputa ao planejamento das ações e operação de campo um desafio adicional, à medida que novas informações são incorporadas aos conceitos previamente disseminados, requerendo revisão/atualização permanente das diretrizes, com a disseminação pelos meios mais rápidos disponíveis, para alcance a todos os atores do sistema de saúde.

Um exemplo dessa questão, refere-se ao primeiro caso suspeito captado em residente do município do Rio de Janeiro que nas primeiras horas do dia 27/01/2020 não atendia aos critérios vigentes para a vigilância de casos, mas que passaria a atender aos critérios no dia seguinte, tendo em vista a atualização de diretrizes que estava em curso no âmbito federal. A cidade do Rio de Janeiro é a segunda cidade do país a identificar um caso Covid-19 em 06 de março de 2020, após 11 dias do anúncio do primeiro caso em São Paulo. As duas grandes capitais do país iniciariam a descrição sobre o comportamento da doença no Brasil.

A primeira publicação própria da SMS-Rio, baseada nas diretrizes editadas pelo COE-MS, foi publicizada em 27/01/2020 (com atualização no dia 28/01/2020), editada no formato mais próximo a um procedimento operacional padrão, alinhando definições operacionais, procedimentos de investigação laboratorial e cadastro de amostras biológicas, bem como orientações sobre busca ativa de comunicantes, cuidados no domicílio e isolamento social⁽¹⁵⁾.

No âmbito municipal, a Superintendência de Vigilância em Saúde define agenda estratégica, no formato de Sala de Situação, com todos os pontos focais da atenção primária, assistência, regulação e comunicação social para organização e planejamento das ações de enfrentamento à Covid-19. Nessa ocasião alinha-se a necessidade de confecção de Plano de Contingência como ferramenta estruturante, pautado nas diretrizes nacionais retroalimentadas pelo Ministério da Saúde a partir do COE-MS.

É importante destacar, que nesse momento a cidade estava em franco enfrentamento de uma outra Emergência de Saúde Pública relacionada ao Sarampo e no período sazonal para a intensificação na circulação das Arboviroses de interesse epidemiológico (Dengue, Febre Chikungunya e Doença pelo vírus Zika).

O surgimento das Emergências de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) sob a égide da revisão do Regulamento Sanitário Internacional de 1969, foi realizada entre 1995 e 2005⁽⁷⁾, que neste contexto emerge a resignificação de objetos e práticas da vigilância em saúde, atreladas a um cenário epidemiológico cada vez mais dinâmico

e influenciado pelo intenso fluxo internacional de pessoas, tendo como consequências a globalização de doenças e agravos transmissíveis emergentes ou reemergentes.

MODULAÇÃO DO TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Na modulação do plano de resposta e enfrentamento à Covid-19, dois elementos cruciais ao escopo de trabalho da Vigilância em Saúde se encontravam ainda em processo de consolidação, sendo eles, a estruturação de um sistema de informação nacional e a limitada capacidade de resposta dos Laboratórios de Referência, do ponto de vista da disponibilidade de testes diagnósticos.

No tocante ao sistema de informação, a solução exequível em um primeiro momento pelo Ministério da Saúde foi a de utilizar um formulário eletrônico, nos moldes do FORMSUS. Inicialmente coube ao CIEVS-Rio a coleta da informação e a primeira qualificação de critérios de elegibilidade e ao CIEVS-SES a segunda validação dos critérios de elegibilidade e por fim, autorizar a inserção dos dados no formulário eletrônico.

Considerando o faseamento do plano de resposta e a medida em que se intensificavam os registros de casos fora da China e por conseguinte as comunicações de casos em egressos de viagem internacional com elegibilidade, o processo de trabalho supra descrito se tornou de difícil condução. Um importante termômetro sobre essa questão foi a elevação exponencial dos acionamentos via plantão remoto do CIEVS (com atendimento por telefone 24 h).

No tocante à investigação laboratorial, as amostras (mesmo aquelas processadas em laboratórios privados) deviam passar por validação no Laboratório de Referência Nacional (FIOCRUZ). Antes da aquisição de kits ou de tecnologia para produção própria, todos os laboratórios deviam encaminhar alíquotas para avaliação pelo Laboratório de Referência. Como eram poucos os habilitados no país a realizar a contraprova, associado ao incremento no volume de solicitações, esse fluxo também se tornou de difícil condução, à medida que impactava na celeridade de liberação ou não dos indivíduos sob suspeita do isolamento social.

Os desafios no incremento da capacidade de resposta da Rede de Laboratórios de Saúde perpassaram todas as fases de planejamento do enfrentamento, à medida que se estabeleciam dissonâncias entre as orientações de organismos internacionais e os direcionamentos no investimento no âmbito federal, alheios às orientações técnicas do próprio Ministério da Saúde.

De modo concomitante, havia uma premência na execução de atividades de educação permanente com a rede de serviços de saúde. Dois pontos eram cruciais nessas ações: a sensibilização dos profissionais para a identificação precoce de casos elegíveis e a adoção das medidas universalmente recomendadas de proteção individual e coletiva

no manejo dos casos, implicando diretamente na revisão dos processos de trabalho a partir do acolhimento dos usuários e sobretudo na aceitabilidade por parte dos profissionais das medidas de mitigação e controle dos riscos ocupacionais inerentes. Tratava-se algo para além dos procedimentos padrão e do necessário aumento na aquisição de insumos, perpassando ao enfretamento de padrões culturais que de sobremaneira subjagam os riscos atinentes à atividade. Foram executados cinco encontros, direcionados a profissionais e gestores da rede municipal de saúde.

Em 06/02/2020 foi publicizado o Plano de Enfrentamento Municipal, com definição de competências por atividade relacionada ao enfrentamento e alinhado às diretrizes nacionais de faseamento de atividades. Essa celeridade na definição do planejamento inicial foi de extrema importância para garantir o tempo necessário à consolidação das diretrizes de ação em toda a rede municipal. Nesse momento, a principal porta de entrada de casos suspeitos elegíveis era a Rede Suplementar de Saúde, considerando o vínculo epidemiológico à viagem internacional. De toda forma essas pessoas, eventualmente, podiam possuir suas redes de contatos potenciais de usuários do SUS, demandando, portanto, alerta e organização da rede municipal para manejo desses casos.

A manutenção do fluxo de viagens internacionais e a elevação na circulação de pessoas na cidade por conta do carnaval, representaram importantes portas de entrada para a transmissão comunitária, identificada na primeira quinzena de março de 2020. Além disso subsidiaram a decisão da Superintendência de Vigilância em Saúde de ampliar a capacidade de resposta rápida do CIEVS, com reativação da Unidade de Resposta Rápida (URR) dotada com 10 profissionais, em regime 40 h, com serviço de transporte dedicado, garantindo assim a cobertura plena da Vigilância em Saúde às ocorrências fora do horário administrativo.

A partir da identificação do primeiro caso confirmado, em egresso de viagem à Europa e posteriormente da identificação do primeiro caso de transmissão comunitária, inicia-se um novo momento na resposta, com a necessidade de monitorar o crescimento exponencial das ocorrências leves e graves. Para as ocorrências graves e óbitos dispúnhamos do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), originado a partir da pandemia por Influenza A H1N1 no ano de 2009, além do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Mas para os casos leves, a denominada Síndrome Gripal (SG) não dispúnhamos de uma Vigilância Universal, que foi se moldando a partir das necessidades impostas pela pandemia. Até que se chegasse à configuração atual, pautada em um sistema de base web, com estabilidade de acesso, padronização de instrumentos de coleta e autonomia da gestão municipal no gerenciamento do banco de dados em seu nível de competência, ocorreram duas transições de sistema que imputaram a Vigilância em Saúde desafios adicionais, no tocante à publicização da informação descritiva do evento a tempo e hora necessários.

Na atual sociedade de consumo de informação rápida, de especialistas instantâneos na epidemiologia de mídia, os embaraços críticos progressos da insuficiência de investimentos na unificação de sistemas de informação em saúde e registros de usuários, aliados ao dinamismo do movimento epidêmico de uma doença emergente (aumento exponencial no registro de casos, dualidade nos sistemas de registro de casos, distinções de acesso ao registro do caso), impactam na qualificação mínima do dado registrado imputando limitações na publicização de análises descritivas mais acuradas sobre o evento em curso.

Aliado a isso, temos o clima beligerante e polarizado das relações interpessoais atuais, em que a falta de argumentos técnicos torna-se questionamentos acalorados sobre qualidade e veracidade das informações, extraídas dos sistemas nacionais de informações, em todos os níveis de gestão. A necessidade de atualização em tempo real de informações, que necessitam de tempos diferenciados para ajuste e processamento adequado, descortinam um novo mundo para a Vigilância em Saúde.

A cidade do Rio de Janeiro foi a primeira no estado do Rio de Janeiro a hospedar em ambiente web um Painel de Dados Públicos relacionados à Covid-19, apresentando dados de morbimortalidade e atenção à saúde. Foi a primeira cidade a disponibilizar acesso público aos dados que alimentam ao Painel, permitindo o monitoramento da situação de saúde relacionada ao evento pela sociedade civil. Foi a primeira cidade a constituir um grupo interdisciplinar de monitoramento e classificação dos óbitos relacionados à Covid-19, com publicização em DO dos critérios de classificação e fluxos de trabalho, frente à necessidade de garantir arcabouço de segurança institucional na avaliação única das ocorrências, dado o dinamismo do conhecimento científico relacionado à morbimortalidade pela doença.

Um fator importante refere-se ao manejo de informações relacionadas aos grupos vulneráveis que direcionava atenção especial às pessoas que vivem em comunidades carentes, enfrentam más condições sociais e econômicas e ao mesmo tempo são a força de trabalho produtiva para suas famílias e na manutenção de serviços da cidade. Também foram grupo de risco os portadores de doenças cardíacas, DPOC, doença metabólica (Diabetes tipo 2), doenças autoimunes e gestantes.

Outro grande desafio para Vigilância em Saúde era estruturar ações para pessoas que vivem em abrigos, especialmente idosos nas instituições de longa permanência e ainda pessoas privadas de liberdade que vivem em prisões superlotadas e recebem visitas de familiares, risco potencial para as complicações de saúde provocadas pela Covid-19 e para transmissão da doença.

Quadro Demonstrativo 1 – Produtos da Vigilância em Saúde na Pandemia

Eixo temático	Quantitativo de produção técnica
Plano de contingência	01
Orientações notificação/investigação casos suspeitos de coronavírus	06
Infográficos	24
Resoluções e Notas Técnicas	14
Mapas georreferenciados (óbitos confirmados e casos confirmados em comunidades)	04
Monitor diário (análise da informação – interna SMS Rio de Janeiro) • <i>Monitor Inconsistência e Monitor encerramento oportuno</i>	02

Fonte: Os autores, 2020.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PÓS-PANDEMIA – O QUE ESPERAR?

Passada a progressão e seu clímax (com o pico máximo de casos/óbitos), a regressão das curvas de monitoramento faz raiar a egressão no horizonte epidemiológico e ao mesmo tempo abre espaço para várias certezas e incertezas.

Entre as certezas do senso comum, a de que nada será como antes nesse novo normal nos parece uma incerteza epidemiológica. Vivenciamos a retomada de processos de vida e com eles a imersão nos cíclicos processos de saúde e adoecimento da modernidade. A principal medida não farmacológica de mitigação e controle da Covid-19, o isolamento social, colocou em modo hibernação importantes problemas de saúde pública pela simples eliminação de um dos vértices da tríade epidemiológica (o suscetível) sem, contudo, conferir a ele o status permanente de proteção. Novos e velhos inimigos à espreita, em um estranho cavalheirismo de oportunidade. Quem vai ser o próximo?

Em relação à Covid-19, paira a ameaça persistente de novas ondas de adoecimento, à medida que a vida comum toma contornos de vida comum. A sensação de impunidade no consciente coletivo ao deixar em segundo plano o aprendizado baseado em problemas reais. Não aglomerar, lavar as mãos constantemente, utilizar máscaras em espaços públicos parecerão grandes falácias? Poderão ser associadas às demais falácias, tais como não jogar lixo na rua, limpar o vasinho de planta, atualizar a caderneta de vacinação? Não se trata de culpabilizar o usuário, mas refletir sobre o processo de “naturalização” negacionista.

Por outro lado, o exercício da corresponsabilidade nos processos saúde/doença, ou ainda a mobilização cidadã pode ser um dos grandes legados. O que reforça o saber acumulado da vigilância em saúde em trazer as necessidades de saúde em uma perspectiva de coletividade, além de potencializar e integrar ações políticas globais. O mundo clama por respostas mais sustentáveis e participativas.

Do ponto de vista operacional, as certezas momentâneas dão conta da persistência da dualidade de entrada de registros de casos, separando os leves (SG) dos graves (SRAG) mantendo as chances de duplicação de informações à medida que o primeiro é condição para o segundo. Não há no horizonte um sinal de unificação de bases, cadastros e sistemas. Mas já foi possível o aprimoramento da coleta de informações com base nas experiências apreendidas e na incorporação de tecnologia diagnóstica.

Vivemos um momento positivo de investimentos nos inquéritos epidemiológicos de soroprevalência, sendo esta questão urgente e premente para descortinar o mapa da imunidade da população. Essa realmente é a hora e o exato momento para mostrar toda potência e as diversas possibilidades que a vigilância em saúde pode ofertar à população e à gestão em saúde pública. O investimento mais atual da vigilância em saúde refere-se às iniciativas de Vigilância Ativa em população idosa institucionalizada de longa permanência e também na população prisional, o que abre um importante precedente para elencar outras populações de importante vulnerabilidade social que possam ser objeto desta atividade.

REFERÊNCIAS

1. Abecasis L. Notas sobre Florence Nightingale. Loures: Lusociência; 2005.
2. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale and its contributions to the control of hospital acquired infections. *Universitas*; 2016; 14(2):1-14. Acesso em: 10 maio 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395>
3. Wills EM. Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. *In*: McEwen M, Wills EM, editores. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
4. Nunes BMVT. Os ensinamentos de Florence Nightingale em tempos de pandemia. [Editorial]. *Rev. Enferm. UFPI [internet]*. 2020; 9:e11185. Acesso em: 10 maio 2021. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.11185>
5. Aragão JHA. Nightingalean assumptions in hospital practices: Grants for nursing. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(supl 4):1625-33. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201703>
6. Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. V.7 (Série Saúde & Cidadania).
7. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK de, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 23, n. 6. Acessado 05 Jul 2020], p. 1811-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>
8. Paim JS, Almeida Filho N. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
9. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia e saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.

10. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 72-9, Mar; 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>. Acessado em: 17 jul 2020.
11. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. av.*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 19-32, Dec. 2008 doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>. Acessado em 16 jul 2020.
12. Souza DB, Dall’agnol CM. Emergência de saúde pública: representações sociais entre gestores de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul-ago 2013 [acesso em: 10 jul 2020];21(4):[07 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0998.pdf
13. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Acessado em: 28 jul 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Dashboard COVID, 2020. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
15. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Orientações para Notificação/Investigação de casos suspeitos por novo coronavírus (2019-nCoV). Acessado em 28 jan 2020. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2020.

A EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO NO GABINETE DE CRISE PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Data de aceite: 02/11/2024

Vicente José Leitão Crisostomo Júnior

Amanda de Lucas Xavier Martins

O PONTO DE PARTIDA

No início do ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) diante dos riscos relacionados ao novo coronavírus (Covid-19) surgido em Wuhan na China. O Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) para a infecção humana pela Covid-19 no dia 3 de fevereiro de 2020, estabelecendo o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COEnCoV) sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para realização da gestão coordenada da resposta em âmbito nacional⁽¹⁾.

Em Angra dos Reis-RJ, já em janeiro de 2020 havia casos suspeitos em investigação e isolamento domiciliar, aguardando análises laboratoriais para

confirmação da infecção pelo novo coronavírus. No dia 14 de março de 2020, o município estabeleceu medidas para o enfrentamento da ESPIN em seu território e instaurou o Gabinete de Crise. Conforme definido no artigo 3º, capítulo II do Decreto Municipal de nº 11.593/2020: “O Gabinete de Crise tem por finalidade mobilizar e coordenar as atividades dos órgãos públicos e entidades municipais quanto às medidas a serem adotadas para minimizar os impactos decorrentes da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e Nacional, decorrente do coronavírus (2019-nCoV)”⁽²⁾. Seu funcionamento se dá em caráter de vigília ininterrupta enquanto durar a situação de emergência, podendo convocar e demandar ações específicas, com trâmites em regime de urgência e prioridade nos órgãos e entidades públicas municipais⁽²⁾.

Os Gabinetes ou Comitês de crise são instrumentos estabelecidos pela gestão da administração pública frente a uma situação de emergência, desastre ou crise de grandes proporções na

organização social. As crises apresentam caráter complexo, com efeitos interdependentes e instantâneos que exigem dos governos respostas imediatas para mitigação dos seus impactos⁽³⁾.

A composição do Gabinete de Crise em Angra dos Reis, coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde, foi inicialmente de gestores das principais secretarias setoriais (Governo e Relações Institucionais, Desenvolvimento Social e Promoção da Cidadania, Educação, Segurança Pública, Turismo, Proteção e Defesa Civil e Procuradoria Geral), não sendo previsto em sua composição original o órgão de legitimidade reconhecida e estabelecida no controle social da saúde⁽²⁾.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Angra dos Reis não mediu esforços, não apenas para o exercício legítimo de fiscalização das atividades do Gabinete de Crise, mas também para contribuir ativamente na formulação das medidas de enfrentamento ao coronavírus no município. Neste texto, busca-se dar visibilidade ao processo de ocupação e luta do controle social no Gabinete de Crise, com destaque à participação de um enfermeiro, ao lado de uma usuária, como representação trabalhadora neste espaço.

PLANO DE SISTEMATIZAÇÃO

Objeto: Trata da experiência em torno da luta para ocupação do controle social e participação ativa do enfermeiro, enquanto representante do CMS de Angra dos Reis, no desenvolvimento das ações de enfrentamento ao coronavírus no município entre abril e agosto de 2020. Entendemos que seu compartilhamento contribui para o exercício da reflexão crítica sobre os limites e potencialidades do controle social no SUS, sobretudo, dando visibilidade para a importante presença da enfermagem nessa trincheira de luta para defesa do direito à saúde.

Objetivo: Refletir sobre a experiência de participação do controle social no Gabinete de Crise do município de Angra dos Reis-RJ, a partir da ótica de um trabalhador enfermeiro.

Eixo de Sistematização: Quais foram os avanços e desafios para o exercício do controle social no Gabinete de Crise para enfrentamento da Covid-19?

Fontes: Em termos metodológicos, definimos como principal fonte dos dados o próprio enfermeiro que vivenciou o processo de ocupação do controle social no Gabinete de Crise, compartilhando sua experiência. Ademais, utilizamos outras fontes de dados, tais como documentos oficiais da saúde e notícias locais de domínio público, que possam contribuir para ilustrar o cenário e o contexto.

Procedimentos para coleta de dados: Coletamos os dados a partir do registro em diários “falados” de campo, qual seja a gravação em áudio da experiência dos encontros e/ou atividades realizadas pelo Gabinete de Crise. Para tanto, utilizamos questões norteadoras iniciais para resgate histórico e compreensão sobre o significado da experiência, tais como:

1. Por que considera importante compartilhar esta experiência? No que ela pode contribuir?
2. Por que considera importante a participação do conselho no gabinete de crise?
3. Qual sua contribuição como enfermeiro no gabinete de crise da Covid-19?

Além disso, utilizamos questões que disparavam a reflexão sobre os diferentes momentos ao longo do desenvolvimento das atividades do gabinete:

1. Como tem sido sua experiência com o controle social no município de Angra dos Reis?
2. Quais foram suas impressões sobre as atividades (avanços, desafios, limites)?

RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVIDO

Breve resgate histórico da participação da Enfermagem no Conselho Municipal de Saúde em Angra dos Reis-RJ

A participação da enfermagem no controle social esteve relacionada ao movimento e organização de enfermeiros, particularmente na Atenção Básica (AB), que perceberam a importância da luta em defesa do direito à saúde e à assistência de qualidade no SUS e a melhoria das condições de trabalho e valorização da categoria. Reconhecendo, assim, a importância de ocupar espaços de decisão, de mobilização, em defesa do serviço público de saúde.

Desde o ingresso na carreira estatutária em 2009, um grupo de enfermeiros já vinha atuando no município e participando das assembleias sindicais, reuniões com a gestão, entre outros espaços de disputa e deliberação política. Nesse sentido, se desenvolveu a percepção de que a atuação dentro do controle social, enquanto representação de trabalhadores, seria um passo importante para diversas demandas e situações que nós percebemos como importante para a categoria, mas também para a melhoria da saúde como um todo do município.

Percebemos que poderíamos ter no Conselho Municipal de Saúde (CMS) ferramentas institucionais para inserirmos nosso olhar nos Planos Municipais de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde, bem como estabelecer um espaço de diálogo com diversas representações de usuários. O CMS é um espaço de diálogo e negociação importante junto à gestão, no sentido de que quando apresentamos questões relacionadas à melhoria das condições de trabalho, recursos, composição de equipe, direitos, também exercemos um certo poder de diálogo e cobrança em relação às melhorias no sistema. Apesar das dificuldades em conquistar algumas demandas para melhorias nas condições de trabalho e assistência nos serviços de saúde, muitas vezes conseguimos compartilhar saberes com os usuários, demonstrando como determinadas situações podem acabar prejudicando o atendimento à saúde da população em geral.

Como começamos? Diante da constatada importância do CMS, recuperamos o contexto histórico de ocupação desse espaço pela categoria e os documentos regimentais do conselho, apuramos que havia uma cadeira que alternava entre a desocupação e a representação não reconhecida pela categoria no município. A pouca participação da nossa representação, nos impulsionou a solicitar a mudança da cadeira para o nome de enfermeiros de Angra que estavam dispostos a participar ativamente dos processos decisórios no CMS. Constatamos situações relacionadas a conflitos de interesse da representação oficial anterior e a resistência da mesma em permanecer no espaço, ainda que não dispusesse de tempo para comparecer às reuniões ordinárias, o que levou à perda da vaga de representação da enfermagem no período. Somente após nossa luta e organização, com a criação da Associação Municipal de Enfermagem de Angra dos Reis, que conquistamos nossa representação oficial local na Conferência Municipal de Saúde. A partir dessa mobilização, mantivemos nossa participação ativa nas reuniões tanto no Conselho como nas Conferências Municipais de Saúde, conquistando esse espaço importante do controle social.

A experiência de participação no Controle Social é única e muito interessante porque, além de ser um espaço de decisão importante, é onde se discute todo o planejamento da saúde no município, desde programação do ano vigente, passando por orçamento e Plano Municipal de Saúde. No dia a dia de atuação profissional não nos atentamos a esses trâmites e que, para tratar de mudanças na realidade do trabalho em saúde, é necessário participar nas definições desses procedimentos institucionais. Por exemplo, cobrar determinadas questões que se relacionam ao orçamento ou às programações da gestão, devemos saber abordar esses instrumentos e regulamentos para facilitar a concretização de mudanças para melhoria dos serviços, conquistas para a enfermagem e saúde da população.

Infelizmente, a participação da categoria se dá de forma ainda muito isolada e se tem pouca rotatividade das representações na cadeira do CMS, estando a mesma representação há pelo menos 3 ou 4 gestões. Somente em momentos de crise mais acirrada que conseguimos engajar e mobilizar alguns colegas a participarem mais efetivamente dos espaços de decisão, incluindo o CMS. Tentamos aproximar a categoria, incluindo técnicos e auxiliares, através da organização formal da Associação profissional local, com esforços conseguimos manter a representação sempre presente e publicizamos os processos de discussão, fazendo, por exemplo, a transmissão pelas mídias sociais da Associação as reuniões do CMS. Esses movimentos buscam socializar os acontecimentos, incentivar a participação e o reconhecimento pela categoria da importância do Controle Social nas definições da saúde. Inclusive e, especialmente agora no momento da pandemia pela Covid-19, o acesso a Equipamentos de Proteção Individual e condições mínimas de trabalho e assistência, têm sido uma das discussões importantes reafirmadas pela categoria no espaço. Apesar da participação do CMS no Gabinete não ter se dado de forma imediata, percebemos como é preciosa a contribuição da categoria no Controle Social para manejo dessa grave crise sanitária.

O processo de inserção do Conselho Municipal de Saúde no Gabinete de Crise

Fomos tomando conhecimento sobre a situação da pandemia no município através dos relatórios da vigilância epidemiológica do estado do Rio de Janeiro. E por se tratar de um município do interior, conseguimos acompanhar a progressiva interiorização da doença pelo estado. Observávamos com alguma apreensão em relação à situação da pandemia, a elevação dos números de casos no município do Rio de Janeiro, inclusive as medidas que foram sendo tomadas na capital, no estado e Ministério da Saúde.

Assim que foi decretada a situação de emergência sanitária pela Covid-19 e as primeiras ações tomadas, tomamos conhecimento da constituição do Gabinete de Crise intersetorial no município, no qual uma das partes envolvidas era a Secretaria Municipal de Saúde. Concomitantemente, a própria Secretaria também constituiu um gabinete próprio para organizar as ações e decisões relacionadas à contenção da situação do coronavírus. Logo percebemos que não havia participação do CMS em nenhum desses espaços e, a partir desta constatação, houve uma mobilização dos conselheiros comentando e discutindo a importância da inserção do CMS nessas discussões dos gabinetes.

A entrada do Controle Social na composição do Gabinete de Crise da Covid-19 se deu a partir da demanda do CMS à Secretaria Municipal de Saúde. Podemos dizer que foi a partir da discussão sobre a crise sanitária no município dentro do CMS, que foi possível gerar uma construção coletiva sobre a dimensão do problema que estávamos passando, gerando um posicionamento do Conselho sobre a importância de se ter acompanhamento pelos usuários e trabalhadores em relação ao enfrentamento da pandemia e necessidade de disputa por ocupar este espaço.

Alguns conselheiros trouxeram documentos do Conselho Nacional de Saúde reforçando a importância da participação do Controle Social nos Gabinetes de Crise e instâncias de decisão sobre a situação da Covid-19 nas localidades. Em abril de 2020, o CNS convoca mobilização dos atores institucionais do controle social para atuação direta na defesa do SUS, ressaltando a importância de ações coordenadas e integradas para o enfrentamento da pandemia no território brasileiro, e o necessário preparo dos Conselhos de Saúde para o exercício do seu papel durante e no pós-pandemia⁽⁴⁾. Entre outras importantes orientações estabelecidas nesse documento, propõe que: “uma representação dos Conselhos participe dos Centros/Comitês de Operações de Emergência (COE) ou outras formas de organização instituídas no estado ou município, onde estejam sendo planejadas as ações para enfrentamento à pandemia de Covid-19”⁽⁴⁾.

Nesse sentido, foi emitido um ofício do CMS endereçado ao secretário de saúde solicitando a inclusão de dois conselheiros no gabinete, um representante do usuário e outro de trabalhadores. Passamos ao movimento de escolha dos representantes do CMS, sendo encaminhado por consenso a representação de um usuário e um trabalhador nesse espaço. Como trabalhador, me voluntariei e foi acatado pelos conselheiros a indicação junto a outra usuária.

Todavia, à medida que o processo de interiorização se acelerava, fomos acompanhando medidas que foram se estruturando para organização das ações de saúde e fluxos específicos nos serviços para atendimento e notificação dos casos suspeitos. A princípio, observamos a separação dos atendimentos destes casos em estrutura específicas de tendas, fluxos específicos nos pronto atendimentos e suspensão dos atendimentos nas UBS para apoio no atendimento destes casos em específico. Além disso, também foram sendo desenvolvidos os boletins epidemiológicos locais, seja pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos institutos de ensino do polo local da Universidade Federal Fluminense (UFF), que inclusive contribuía com análises críticas sobre os dados epidemiológicos informados pelos veículos oficiais da saúde.

Diante do atraso de quase um mês na resposta da Secretaria de Saúde, houve cobranças de nossa parte à gestão e não tínhamos a posição favorável ou não à nossa participação. Enquanto isso íamos acompanhando as decisões que estavam sendo feitas no município, pelas emissões de decretos municipais com a definição de atividades “essenciais” e “não essenciais”, abertura de leitos, entre outras coisas. Tal fato foi gerando uma preocupação dos conselheiros por não saber como teriam sido avaliadas e tomadas as decisões em relação à saúde no enfrentamento da pandemia e à nossa participação como Controle Social no gabinete.

A resposta da Secretaria veio por ofício, acatando a participação do CMS no Gabinete de Crise, entretanto, não houve publicação oficial nos incluindo enquanto representantes do Controle Social neste espaço. Ao questionarmos, foi sinalizado que não haveria necessidade dessa publicação no Boletim Municipal, apesar de a composição anterior ter sido publicada neste veículo de informação oficial. Ainda assim, mesmo sendo questionado pelo próprio CMS a oficialização, começamos a participar das reuniões do Gabinete de Crise.

Desde abril de 2020, a participação tem se realizado a partir do apoio mútuo entre os representantes do Controle Social, de forma a compartilhar os olhares técnico e político na fiscalização das medidas encaminhadas pelo governo no enfrentamento da pandemia. Tecnicamente, podemos dizer que o olhar do enfermeiro favorece a avaliação de ações que vão desde a capacidade instalada para assistência à saúde no município até a questões epidemiológicas, apoiando a análise das ações pelos usuários e, inclusive, no planejamento das medidas a serem tomadas pelo governo no gerenciamento da crise. De tal maneira, que a atuação tem sido não apenas de fiscalização e monitoramento das atividades no Gabinete, mas de discussão técnica com apoio na definição de critérios de estratificação de risco de contágio e ações de abertura e fechamento de atividades, sendo também propositiva.

Desenvolvimento das atividades do Gabinete de Crise e participação do Controle Social

Na primeira reunião em que participamos foi realizada uma apresentação em separado para nós do Controle Social contextualizando a situação do município. Houve um resgate histórico dos trabalhos do Gabinete de Crise, apresentação dos documentos e da literatura que estavam se amparando para as tomadas de decisão. Além disso, trouxeram um pouco da organização do município para enfrentamento da Covid-19, tais como a instalação do hospital exclusivo, abertura de tendas e fluxos específicos para atendimento dos casos. Nesse espaço tivemos abertura para questões e compartilhamento de impressões e dúvidas de situações que haviam chegado por denúncia até o CMS.

A reunião contou com a presença de muitos representantes de diversas coordenações da Secretaria de Saúde e outros setores da prefeitura, frente ao rápido aumento do número de casos e a necessidade de resposta em termos imediatos na regulação da capacidade de leitos. O fluxo de atendimento dos casos de Covid-19 estava estruturado e nós, do controle social, fomos tomando conhecimento das medidas em processo de implementação, com pouco acesso aos documentos e discussão da reordenação dos processos de trabalho. Todavia, na discussão entre os conselheiros não houve grandes questionamentos em relação às proposições de adaptação das medidas para enfrentamento da pandemia.

Diante da urgência da curva de incidência ascendente da epidemia no município, a reunião subsequente ocorreu no intervalo de 15 dias dessa primeira em que havíamos participado. Nesse encontro fomos surpreendidos pela apresentação do instrumento de registro, que como enfermeiro construí para realizar o monitoramento dos casos de Covid-19 na Atenção Primária. É importante dizer que se tratava de uma planilha em que estávamos começando a utilizar para apoiar o trabalho das unidades e, no momento de sua apresentação, no causou certa estranheza na exposição dos gestores que estavam presentes, soou-nos que algo havia sido improvisado naquela situação.

Foram pactuadas reuniões do Gabinete de Crise quinzenalmente, no entanto, não aconteceram nessa regularidade. Diversas reuniões foram suspensas e adiadas alargando, em alguns momentos, a periodicidade para mensal. Tal situação causou preocupação para os conselheiros, por se tratar de um período muito longo sem encontros para avaliação do cenário de pandemia. Sentíamos que não estávamos acompanhando a tempo o desenvolvimento das medidas. Fazíamos manifestações e cobranças em relação à importância da manutenção do espaço do Gabinete de Crise e encurtamento dos intervalos entre as reuniões.

Não tardou a começarmos receber notícias pelos próprios usuários e trabalhadores de saúde em relação a discordâncias e descompassos (uso irracional dos testes rápidos fora do período indicado para realização em determinadas estruturas de atendimento, conflitos de orientações, não afastamento dos usuários) no fluxo de atendimento aos casos

suspeitos. Além de situações relacionadas ao atendimento para os casos suspeitos dos profissionais de saúde que conflitavam com as orientações de priorização na testagem e afastamento no período recomendado. Todas essas questões foram sendo apontadas para a gestão, através da participação da representação do controle social no Gabinete de Crise, mas que efetivamente tiveram poucas mudanças práticas. Nas oportunidades que tínhamos de contactar a gestão, sinalizávamos a importância de convocar responsáveis por contratos de gestão e responsáveis técnicos pelos serviços contratados. Mas percebíamos muitas dificuldades no âmbito da gestão em controlar e conduzir esses serviços.

Após um longo período, fomos novamente convocados para reunião do Gabinete de Crise. Uma sucessão de decretos oficiais da prefeitura foram sendo publicados nesse intervalo, com conteúdo de flexibilização do isolamento social no município. Diversas atividades do comércio começaram a ser abertas. Era de interesse da administração pública a construção de um protocolo mínimo de classificação, avaliação da situação da epidemia e etapas de medidas para flexibilização do isolamento, seguindo o realizado pelo governo do estado e outros municípios, o que parecia ser o maior interesse da Secretaria de Saúde no período. A classificação por cores representaria a classificação da situação da epidemia, de mais grave à controlada, de acordo com critérios de taxa de transmissão e de número de leitos disponíveis para atendimento da população, principalmente, para indicar ou não a abertura de estabelecimentos comerciais, públicos etc.

Nesse momento de construção do protocolo de abertura nós participamos ativamente da construção do documento junto à Secretaria de Saúde, não apenas na apreciação do que estavam tomando como medidas. Ajudamos, inclusive, na digitação e elaboração dos termos para que fosse apresentado no Gabinete de Crise com outros setores da prefeitura.

No entanto, mais uma vez, enquanto construíamos esse documento, fomos surpreendidos pela saída de decreto em boletim oficial, com algumas deliberações que não haviam sido concluídas nas discussões. Esse fato gerou preocupação e frustração, porque já imaginávamos que esse próximo decreto seria elaborado, já levando em conta esses documentos. Ainda assim, concluímos a escrita e ficamos no aguardo de como seria a recepção do documento, se ia ser adotado pelo município como orientador dos modos funcionamento e possibilidade de abertura de estabelecimentos no município.

Quando concluímos esse documento, foi realizada a apresentação dele para um grupo maior da própria secretaria, além de nós como conselheiros, para que pudessem ponderar, entender etc. Acabamos ficando um pouco sem resposta sobre essa avaliação após a reunião e descobrimos pelos canais de notícias do site da própria prefeitura de que na verdade o protocolo de abertura já havia sido implantado, com um método de classificação da situação do município por cores e que este seria o instrumento orientador de funcionamento dos estabelecimentos comerciais e serviços públicos no município.

Essa situação da publicação do protocolo, além de outras que fomos percebendo ao longo do processo, gerou inquietações e questionamentos mossos enquanto conselheiros

sobre os intervalos regulares das reuniões, e das oportunidades de intervenção efetiva que estávamos tendo como Gabinete de Crise. Isso porque, uma vez que fomos designados pelo Controle Social no município para estarmos participando dessas decisões, gerou-se uma expectativa e um compromisso de representação junto ao CMS. Dessa forma, nos tornamos uma referência para as dúvidas e esclarecimentos dos usuários e trabalhadores do CMS.

Todavia, a dificuldade de contato começou a causar um certo desconforto entre nós. Começamos a nos movimentar e tensionar a Secretaria Municipal de Saúde sobre a garantia da realização e da nossa participação nas reuniões. Recebíamos respostas mais ou menos evasivas de que não havia reuniões programadas, agendadas e que “não haveria assuntos a serem tratados”, o que na nossa avaliação é muito curioso, dado estarmos num contexto de pandemia, em que tantas situações acontecem e mudam velozmente.

No final de agosto de 2020, conseguimos uma reunião com o superintendente de Atenção à Saúde no município e com outra representação para abordar todas essas questões negligenciadas diante da gravidade do momento, da necessidade da participação do Controle Social nas decisões e da ausência de resposta coerente aos nossos questionamentos, considerando nossa legitimidade perante o CMS e a demanda de usuários e trabalhadores sobre informações e questões relacionadas ao desenvolvimento das reuniões do Gabinete de Crise e medidas tomadas pela prefeitura. Os canais instituídos estavam prejudicados para realização do diálogo e informação sobre o andamento da situação dentro município, pois muitas medidas estavam acontecendo sem que tivéssemos participado da decisão. Mais do que isso, sem que tivéssemos conhecimento prévio. Fomos tomando conhecimento por outros meios, mesmo sendo representantes do CMS no Gabinete de Crise, junto aos demais conselheiros e população no geral nos canais de notícias oficiais, à medida que situações foram se desenvolvendo nesse período.

Um exemplo se dá na decisão de redução do quantitativo de leitos disponíveis para o atendimento da Covid-19 no hospital de referência no município. Foram desativados parte dos leitos que ficaram em “backup” para poderem ser reativados quando necessário, visto não estar acontecendo suas ocupações, por uma questão mesmo de economicidade. Inclusive nessa reunião que tivemos com o superintendente de Atenção à Saúde, levantamos a questão da indicação epidemiológica de fechamento destes leitos. Em se tratando de racionalidade e economia para evitar desperdícios, não haveria o que se contrapor nessa questão, mas era importante isso ter sido apontado e discutido junto ao CMS. Considerando que essa medida causaria impacto, era importante estarmos sabendo inclusive quais foram os estudos, o embasamento científico, as condições que determinaram essa decisão, quais foram os critérios definidos e como se dará a reativação desses leitos, caso seja necessário.

Apesar de expressadas todas essas preocupações para a gestão, e de tentativas de ajustes para acompanhamento mais próximo do controle social em reuniões de fato regulares, as oportunidades de encontro e diálogo entre os representantes do CMS e da

gestão no Gabinete de Crise foram se tornando reduzidas. Percebemos que à medida que os atores institucionais foram se adaptando ao processo orgânico institucional, diante da pandemia, foi sendo cada vez mais secundarizado os encontros. Assim, com o passar do tempo, alguns atores institucionais passaram a requerer encontros ou reuniões pontuais para definir questões específicas, mas se esvaziando como espaço de análise ampla e debate sobre a situação do município na pandemia.

REFLEXÕES DE FUNDO

A participação de enfermeiros no controle social, através de Conselho e Conferências de Saúde, se dá muitas vezes em cumprimento a uma solicitação e/ou determinação formal da gestão da saúde, fato que se explica pelos cargos de coordenação de políticas e/ou programas de saúde pública⁽⁵⁾. No que tange sua participação como representantes dos trabalhadores de saúde, apesar de pouco usual, se dá por escolha consciente da ação política para conquistas de melhorias nas condições do trabalho por um lado e, por outro, na ação pedagógica e no fortalecimento dos usuários na luta pela garantia do direito à saúde^(6,7).

A grave crise sanitária causada pela pandemia agravou o cenário de crise política e econômica brasileira dos últimos anos, instando os órgãos do controle social ao constante posicionamento em defesa da saúde como direito humano fundamental, de medidas de proteção da população e de enfrentamento à Covid-19. Ter representantes trabalhadores e usuários do controle social participando nas discussões e acompanhamento das medidas para enfrentamento da pandemia foi um passo importante para a defesa do direito à saúde, apesar dos grandes desafios relacionados às disputas de interesses no âmbito da administração pública e da gestão da saúde.

Um ponto forte da representação do controle social através da enfermagem, reside na capacidade de olhar para a totalidade do problema de saúde, qual seja no nível macropolítico e técnico de análise dos processos de gestão pública da saúde. E, particularmente, a participação de enfermeiros da Atenção Básica, permitindo aproximar a realidade da porta de entrada ao sistema de saúde e à coordenação do cuidado realizada por estes trabalhadores no cotidiano da assistência à saúde, isto é, no acompanhamento dos processos de saúde e doença dos indivíduos, famílias e comunidade no contexto de seus territórios. Nessa experiência, consideramos que a possibilidade de trazer os saberes e a luta dos trabalhadores da enfermagem para o cenário de debate e deliberações institucionais no enfrentamento da Covid-19, representou uma importante estratégia de compartilhamento de saberes entre gestão, trabalhadores e usuários do SUS⁽⁸⁾.

Não obstante, a participação nos espaços institucionais do controle social, por não ser em dedicação exclusiva, representa um sobretrabalho e um conflito em termos de disponibilidade tempo para acompanhamento dos processos de maneira ideal. Mas, por

outro lado, apesar da necessidade de atuação assistencial do enfermeiro nesse momento, mantém o profissional mais vigilante e atento em relação à organização das ações e avaliação da adequação e dos impactos das medidas de enfrentamento da Covid-19 no nível local.

O fato de ser uma epidemia de importância mundial, com características ainda desconhecidas cientificamente e forte impacto nos sistemas de saúde, foi um desafio sem precedentes para tentar lidar e enfrentar a doença que não dispunha inicialmente de protocolos bem estabelecidos e consolidados. Ademais, se adicionou a esse desafio, as dificuldades já conhecidas para estabelecer diálogos e participação social diante da disputa dos interesses no interior da gestão da saúde e administração pública municipal^(9,10).

PONTOS DE CHEGADA: conclusão

Com todos os limites da participação social institucionalizada nos Conselhos de Saúde, não se pode desconsiderar que, nas brechas de suas contradições e limites, conquistas podem ser realizadas para a defesa dos trabalhadores e usuários. Nesse sentido, a correlação de forças, em cada conjuntura, é decisiva para avanços em direção à atenção das necessidades de saúde da população, mesmo que em condições de fragilidade do conjunto da classe trabalhadora, tal como na atual conjuntura da pandemia de Covid-19.

Acreditamos que, mesmo com todas as dificuldades relacionadas às características muitas novas da pandemia, das diversas tensões e questões que não conseguimos avançar, seja por falta de condições de disponibilidade de tempo e até mesmo as restrições relacionadas ao isolamento social para realizar encontros presenciais de debate, foi um ganho importante para controle social e o Conselho Municipal de Saúde em Angra dos Reis-RJ, a organização coletiva e a luta pela gestão participativa no município para o enfrentamento da Covid-19.

O Conselho de Saúde conseguiu através da sua mobilização e luta garantir a participação de representação de trabalhadores e usuários no Gabinete de Crise local. Ainda que tenha apresentado dificuldades para deliberar e intervir nas medidas que foram deliberadas pela gestão da saúde, permitiu a organização coletiva e construção compartilhada de saberes sobre a pandemia junto aos usuários. A experiência apresenta também o caráter pedagógico da organização coletiva para o legítimo exercício do controle social sobre as políticas de saúde no nível municipal. Tal fato, vai para além da pandemia, com ganhos importantes de aprendizado para acompanhamento técnico da gestão da saúde, buscando aprofundar seu caráter de gestão participativa através dos conselhos e conferências de saúde.

Além disso, é importante dar visibilidade à participação da enfermagem nessa trincheira de enfrentamento da Covid-19, considerando sua contribuição técnica na análise e discussões sobre a doença, cuidado e gestão, mas, considerando sobretudo, sua contribuição e compromisso ético-político de construção da luta em defesa do direito à saúde, para além dos tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2024 Oct 23]. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
2. Angra dos Reis. Decreto nº 11.593 de 14 de março de 2020. Vol. XVI, Boletim Oficial do Município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 2020.
3. Schmidt F de H, Mello J, Cavalcante PLC. Estratégias de coordenação governamental na crise da Covid-19; 2020.
4. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Documento Orientador para Conselhos Estaduais, Municipais e Distrital de Saúde sobre Novo Coronavírus (Covid-19). Brasília; 2020.
5. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. *Acta Paul Enferm (Online)*; 2009;4(22):417-21.
6. Martins A de LX, Santos SM dos R. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: A ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saúde e Sociedade*; 2012;21(SUPPL. 1):199-209.
7. Mittelbach JC da S, Perna PO. A Percepção dos Enfermeiros sobre o seu papel nos Conselhos de Saúde enquanto segmento dos Trabalhadores de Saúde. *Cogitare Enfermagem*; 2014;19(2).
8. Medina MG, Magalhães De Mendonça MH, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? ¿qué debemos hacer? Lúgia Giovanella 2 Aylene Bousquat 3 Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco 4 ESPAÇO TEMÁTICO: COVID-19- CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA; 2020;36(8).
9. Labra ME. Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*; 2006;6(1):199-221.
10. Stotz EN. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*; 2014;18(suppl 2):1475-86.

OS DESAFIOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO PARA GARANTIA DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Data de aceite: 02/11/2024

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Érica Cristina do Nascimento

Adriana Loureiro da Cunha

Maria Regina Bernardo da Silva

Atenção Primária à Saúde (APS) foi um grande desafio durante a pandemia no ano de 2020, pois trouxe a necessidade de uma rápida revisão dos sistemas e redes de saúde, para resposta oportuna em serviços integrados, universais de saúde e de assistência social.

A Pandemia causada pela Covid-19 exigiu que os sistemas de saúde de todo o mundo fossem remodelados, de modo que houvessem diferentes respostas no enfrentamento da infecção, a fim de impedir a sua disseminação e reduzir as sequelas causadas pela doença na população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios organizativos e filosóficos, dentre eles a universalidade e a descentralização, tem sido representado como um diferencial relevante no enfrentamento da Covid-19 dada a potencialidade de alcance de suas ações em uma abordagem de integralidade.

O presente trabalho trata de um estudo reflexivo, exploratório, qualitativo, fundamentado no método de relato de experiência de Oscar Jara, baseado

O PONTO DE PARTIDA

No ano de 2020, comemorou-se o bicentenário de nascimento de Florence Nightingale, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram como o ano internacional dos profissionais de enfermagem. O legado de Florence, consolida o profissional deste século XXI, para um exercício da profissão pautado no protagonismo técnico científico, legal e político. Com a incorporação de evidências clínicas e protocolos que garantem a autonomia da enfermagem, a profissão ganhou maior visibilidade, o que foi de algum modo robustecido pela inesperada pandemia de Covid-19⁽¹⁾.

Dentre os inúmeros cenários de atuação, a gestão da Enfermagem na

na experiência de enfermeiras envolvidas na coordenação e gestão da APS, durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, sendo realizado no período de março de 2020 a julho de 2021, em uma Área Programática (AP) do Município do Rio de Janeiro (MRJ) com média de 700.000 habitantes cadastrados nas Unidades de Atenção Primária (UAP). A AP é composta por 35 UAPs, 1 Policlínica e 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Devido ao fato dessa região possuir diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), houve a necessidade de um adequado planejamento estratégico por parte da gestão para mitigação de problemas epidemiológicos anteriormente conhecidos que poderiam ampliar-se com o advento da pandemia, e a necessidade de adequação de fluxos e protocolos para manejar um vírus desconhecido até aquele momento.

O maior desafio dos gestores era garantir que as equipes de atenção primária (EAP) e equipes de saúde da família (ESF), apresentassem um bom desempenho assistencial, e para isto, houve a necessidade de um rápido processo avaliativo visando a tomada de decisão em alguns pontos estratégicos da gestão, como: estrutura, logística, assistência, insumos, recursos humanos, educação permanente, dentre outros. Destaca-se, portanto, que a qualificação profissional foi um dos maiores focos da gestão, com vistas a alcançar a devida promoção do cuidado à população, elemento este fundamental na rede de atenção à saúde.

Os profissionais da APS foram assim desafiados a trabalharem com planejamento, metas e ações para promover e assegurar a saúde em seus territórios. As metas, pautadas em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade materna e infantil, a razão de coleta de colpocitológico na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), a alta por cura em pacientes com tuberculose, o monitoramento dos pacientes com sífilis, HIV e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis ISTs, além dos diabéticos e hipertensos graves, estavam assim, ameaçados por toda a complexidade da pandemia de Covid-19.

Com o aumento do número de casos, a partir do mês de março de 2020, e a chegada das orientações das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e do Ministério da Saúde, percebemos a necessidade de uma padronização de fluxos na área programática com vistas a garantir uma adequada assistência aos pacientes com síndrome gripal, a proteção dos profissionais de saúde, a segurança da população com diferentes comorbidades e às gestantes no que tange à assistência e à não exposição ao risco da infecção pela Covid-19 nas unidades, assegurando assim promoção da saúde e prevenção de agravos.

PLANO DE SISTEMATIZAÇÃO

Nesse sentido, a experiência sistematizada foi: os desafios gerenciais para garantia dos atributos essenciais da APS durante a pandemia de Covid-19.

Para o processo de trabalho instituímos a seguinte pergunta orientadora: Como organizar os fluxos e processos de trabalho das unidades de atenção primária com vistas a garantir a aplicabilidade dos atributos essenciais da APS com a devida biossegurança do profissional?

Nosso objetivo foi: Organizar fluxos e processos de trabalho na atenção primária com eficácia e eficiência na alocação de recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e assistenciais durante a pandemia de Covid-19, a fim de garantir um desfecho com mitigação de problemas.

As fontes de informações utilizadas foram os relatos dos gestores da coordenadoria de atenção primária, as reuniões de equipes, bem como os instrumentos de trabalho existentes ou criados para acompanhamento e mensuração dos dados no processo avaliativo.

Para isso, foram necessárias adequações e criações de planilhas em Excel® para registro e acompanhamento dos principais indicadores de saúde e dos processos (insumos, afastamentos profissionais), a fim de embasar a tomada de decisão no monitoramento do panorama epidemiológico do território.

As planilhas abordavam os aspectos principais de gestão e vigilância em saúde, como:

- Planilha de controle de insumos médico-cirúrgicos;
- Planilha de afastamentos profissionais por Covid-19 e/ou comorbidades;
- Planilha de compras emergenciais;
- Painel de acompanhamento dos casos de Covid-19;
- Boletim epidemiológico com incidência, prevalência e mortalidade dos casos de Covid-19 distribuídos por unidade de saúde;
- Planilha de monitoramento de regulação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por vaga zero; e
- Planilhas de monitoramento de grupos prioritários, como hipertensos e diabéticos graves, gestantes de alto risco, crianças menores de um ano, pessoas com tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

No início da pandemia, a preocupação era ofertar às equipes que atuavam na linha de frente assistencial, insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de acordo com o preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽²⁾ e pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Porém, nosso maior desafio para tal abastecimento era a indisponibilidade da indústria pela elevada demanda de toda sociedade em busca dos insumos, como principalmente máscaras e álcool em gel a 70 %.

Além disso, havia a necessidade de treinamento contínuo para os profissionais visando adequado manejo na utilização dos EPIs a fim de minimizar a contaminação relacionada ao risco biológico, e evitar o desperdício destes materiais, visto a necessidade

de racionalização, bem como a capacitação para atuação em casos de maior complexidade, tendo sido disponibilizado um curso de suporte básico de vida.

Outro foco de atenção da gestão foi a garantia de equipamentos de suporte ventilatório para as unidades de saúde, tais como oxímetros, ambus, máscaras de oxigênio, laringoscópios, o que demandava novos ajustes e cálculos orçamentários recorrentes, bem como uma análise diária do painel de consumo médio diário e mensal, a fim de prevenir o desabastecimento com conseqüente desassistência à população.

Embora tenhamos conseguido organizar os insumos e equipamentos com relativa agilidade, fomos surpreendidos pelo adoecimento expressivo dos profissionais com e sem comorbidades, ocasionando a redução da capacidade instalada das unidades, impactando diretamente no número de atendimentos realizados.

Uma das estratégias utilizadas para tratar a problemática que se demonstrou bastante eficaz foi a teleconsulta de medicina e de enfermagem para coordenação do cuidado e monitoramento dos usuários, garantindo a manutenção dos atendimentos nos diferentes ciclos de vida e necessidades em saúde, como: emissão de receitas, laudos médicos, prescrições e consultas a grupos prioritários que por sua vez estavam impossibilitados de um atendimento presencial mediante a recomendação das autoridades sanitárias de distanciamento social, fechamento do comércio por lockdown e orientação para a população manter-se em casa.

Outra estratégia da SMSRJ foi a oferta de um equipamento de aparelho celular para cada equipe de Estratégia de Saúde da Família com a finalidade de monitoramento telefônico dos usuários com síndrome gripal a cada 24 h ou 48 h, o que dependia da classificação de risco mediante a condição clínica apresentada, sendo esta uma experiência exitosa com manutenção do vínculo entre os profissionais e a população, bem como manutenção da coordenação do cuidado.

Em relação ao acesso dos usuários às unidades de saúde em casos essenciais, foi necessária a construção e implementação de rotinas de trabalho diferenciadas, com atendimento por equipe dedicada em local arejado e exclusivo para pacientes com sintomas respiratórios, as quais foram denominadas de Equipes de Resposta Rápida (ERR), mantendo-se um isolamento em relação aos demais serviços com barreira física, evitando-se a exposição de pessoas assintomáticas, conforme recomendações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS⁽³⁾.

Diante do cenário vivenciado, havia a eminente necessidade de criação de ferramentas de monitoramento e vigilância virtuais dos grupos prioritários das gestantes, crianças, portadores de tuberculose, hipertensos e diabéticos graves e pessoas que vivem com HIV/AIDS, para isso, foram utilizadas planilhas informatizadas e compartilhadas entre os gestores, a fim de garantir a coordenação do cuidado, e quando identificado o risco elevado, era realizada a visita domiciliar e ou consulta presencial na unidade de saúde com cumprimento das normas sanitárias vigentes.

Porém, percebemos que mesmo com todas as atividades propostas e implementadas, na tentativa de garantir um seguimento adequado aos grupos prioritários, ainda existiam muitas pessoas que agravavam em seus domicílios, sendo esta análise confirmada por meio da elevação no número de regulações de vaga zero com solicitação de ambulâncias para internação em leitos de alta complexidade por outras causas não Covid-19, sendo incidentes as solicitações por doenças crônicas não transmissíveis, como complicações de hipertensão e diabetes, questões estas sensíveis à APS.

A reflexão acerca desse aumento de regulações de alta complexidade pode ser compreendida pela dificuldade das equipes em manejar um novo vírus, atentando mais aos pacientes sintomáticos, à redução de profissionais saudáveis em atuação efetiva nas unidades, à alta vulnerabilidade social em alguns pontos do território com baixo IDH, ou até mesmo devido à elevação do número de pessoas desempregadas com dificuldade para acessar alimentação adequada e manutenção de condições mínimas na garantia da qualidade de vida.

À medida que a incidência da doença foi diminuindo a partir do mês de junho de 2020, houve a oportunidade de ampliação dos atendimentos aos grupos de menor risco, sendo necessário repensar o planejamento de retomada das agendas de consultas presenciais, de acordo com as recomendações padronizadas para todas as áreas do MRJ. Inicialmente, a ampliação das agendas foi dividida em 3 fases com intervalo de 30 dias entre elas, considerando as peculiaridades do território, tipo de atividade e atendimento.

Na primeira fase, as agendas tiveram 50 % de ocupação com intervalo de duas consultas por hora nas seguintes linhas de cuidado: Pré-natal, Puericultura, Tuberculose, Infectologia-HIV, Hanseníase, Diabéticos insulino dependentes e com resultado de hemoglobina glicada maior ou igual a 8, Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo, População de risco e vulneráveis, Saúde mental, Coleta de colpocitológicos em horários alternativos limitado a cinco coletas por dia, coleta de exames laboratoriais e exames de mamografia de rastreamento.

Todas as estratégias traçadas pela gestão tiveram como objetivo a conquista de melhores resultados no combate à pandemia de Covid-19, garantindo o atendimento à saúde da população, em caráter de emergência sanitária e humana, além da garantia das condições de trabalho para o correto e seguro desempenho profissional na luta pelo direito à vida.

Em janeiro de 2021, mais uma incitação nos foi apresentada devido à necessidade de implementação pela SMSRJ da vacinação para profissionais de saúde e idosos, gerando um novo desafio de abastecer, qualificar e organizar este processo conforme prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e mais uma vez percebemos as linhas de cuidado fragilizadas em detrimento da necessidade no investimento de esforços para garantia célere da imunização da população. Embora a vacinação fosse relevante, necessária e fundamental para redução da pandemia, a manutenção de todas as ações e estratégias

anteriormente traçadas para coordenação do cuidado dos grupos prioritários e acolhimento da demanda espontânea foram essenciais, e seguem sem previsão de encerramento pelo atual cenário epidemiológico apresentado com as variantes do coronavírus.

PROCESSOS DE ANÁLISE E SÍNTESE A PARTIR DE ESTUDOS E TEORIAS

Com o advento da pandemia, intensificou-se os processos de fragilidade na atenção às doenças agudas e crônicas, haja visto que a abordagem de atenção já não era suficiente para atender a demanda do sistema de saúde em sua magnitude, em consequência das limitações dos modelos de atenção à saúde, da fragmentação do sistema de saúde e da qualificação insuficiente da atenção primária à saúde (APS) para cumprir suas atribuições⁽⁴⁾.

Nesse cenário, a circulação de usuários, por livre demanda ou encaminhamentos, em busca de acesso poderia implicar no agravamento da situação de saúde e no risco ampliado de disseminação da doença. Dessa forma, para o enfrentamento da pandemia, as fragilidades estruturais, operacionais, assistenciais e gerenciais eram obstáculos a serem transpostos⁽⁵⁾.

Além disso, a gestão de pessoas é considerada um dos maiores desafios devido ao agravante da sobrecarga de trabalho, em que os profissionais são expostos às condições insalubres, que os colocam em situação de adoecimento e que irá repercutir diretamente na diminuição do quantitativo de pessoal. Contudo, esse déficit quanti-qualitativo é um desafio histórico que abrange questões relacionadas à formação, agravadas pela precarização do trabalho e pela interrupção de políticas que promovem a qualificação e o vínculo profissional^(6,7).

A pandemia desencadeou medidas de aporte emergencial. Inicialmente, foram providenciados todos os recursos materiais essenciais a fim de prover as unidades, tais como: os equipamentos de proteção individual (EPI), contemplando as recomendações do documento norteador emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽²⁾, o qual reforça a precaução padrão, que deverá ser adotada no atendimento a todo paciente com higienização das mãos, utilização de luvas, óculos e avental. Ressalta-se a necessidade de manutenção em local visível e de fácil acesso as normas e rotinas dos procedimentos adotados para casos suspeitos ou confirmados, incluindo a desparamentação dos EPIs e o descarte dos mesmos, além da desinfecção do ambiente onde foi realizado o atendimento.

Dentre outras atividades, foram elaborados e estabelecidos os fluxos de atendimentos para os usuários que apresentassem síndrome gripal, e realizada a capacitação das equipes para o atendimento, visando ainda a adoção de normas de biossegurança preconizadas no atendimento ao paciente com Covid-19⁽⁸⁾.

Quanto aos acessos e divisão nas unidades, estes foram modificados e estratificados em entrada, saída, área de atendimento ao paciente com suspeita de Covid-19 e sala de urgência, a fim de propiciar condições seguras para o cuidado qualificado de usuários e biossegurança dos profissionais.

No entanto, havia uma parcela significativa de profissionais pertencentes aos grupos de risco e conseqüentemente, diante da exposição aumentada em ambientes de risco e à alta transmissibilidade da doença, os profissionais foram adoecendo, apesar de uma ampla divulgação de notas técnicas, reforço e esforço diário para preservação de toda equipe com treinamentos e discussões por meio de reuniões virtuais. Vale ressaltar que o desafio em lidar com o adoecimento psicológico ocasionado pelo constante medo dos profissionais no ambiente de trabalho também esteve presente sendo necessário repensar estratégias para adequado manejo.

Oliveira et al.⁽⁸⁾ constataram que profissionais da linha de frente em momentos de pandemia podem ter sua vulnerabilidade aumentada e apresentar quadros de insônia, depressão e estresse e reforçaram a necessidade de ofertar apoio a estes profissionais.

Assim, foram adotadas medidas de apoio via chamada telefônica ou por aplicativo, entre o profissional atuante na linha de frente e/ou afastado por acometimento da Covid-19 e os profissionais psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), juntamente com a apoiadora da linha de cuidado de Saúde Mental da Coordenadoria de Atenção Primária.

Outra ação necessária foi o remanejamento de profissionais entre as unidades da área de planejamento, com a finalidade de garantir a manutenção do quadro mínimo assistencial, sem comprometer o acesso da população aos serviços ofertados. Souza⁽⁹⁾ reforça esse pensar e afirma que a pandemia tornou evidente a necessidade de sistemas públicos de saúde robustos, salientando que o SUS e seus trabalhadores são fundamentais para a sustentabilidade do Estado, no provimento do bem-estar social para todos os brasileiros, conforme preconiza nossa Constituição Federal⁽¹⁰⁾.

Jackson Filho e colaboradores⁽¹¹⁾ afirmam que o impacto social provocado pela pandemia repercute no setor saúde e envolve toda a rede de atenção à saúde que está na linha de frente no combate à doença. Logo, os profissionais de saúde têm prioridade para a proteção por estarem na linha de frente no combate à epidemia. Portanto, precisam ter protocolos e orientações de biossegurança que promovam a proteção respiratória.

Portanto, cabe aos gestores a manutenção da saúde e segurança desses trabalhadores através da implementação de medidas para minimizar ou extinguir os riscos existentes no trabalho. Além dos protocolos e recomendações há a necessidade de abrir um diálogo com os profissionais no ambiente de trabalho, a fim de promover condições para a atuação com adequado dimensionamento de pessoal, estrutura física e insumos suficientes, apoio da gestão e educação permanente⁽¹²⁾.

Uma das estratégias utilizadas pela gestão da APS para agregar a proteção dos trabalhadores de saúde, foi a utilização das teleconsultas, dando suporte às práticas clínicas. De acordo com Byrne⁽¹³⁾, no bojo da pandemia de Covid-19, torna-se essencial o papel da enfermagem nas ações de Telessaúde. Para esse autor, a enfermagem tem sido desafiada a inovar e ampliar o escopo de sua prática durante a pandemia, buscando-se

novas possibilidades para atender ao aumento da demanda de pacientes aos serviços e para reduzir as exposições ao vírus.

Com isso, gestores e equipes da APS seguiram como ponto central a organização do SUS, comprovando a necessidade de fortalecer a APS como o pilar do enfrentamento da Covid-19, devido à sua capacidade de vínculo, manejo e acompanhamento dos casos, bem como para a retomada de suas rotinas no período pós-pandemia, olhando para o contexto do território como um todo⁽¹⁴⁾.

OS PONTOS DE CHEGADA

As reflexões apresentadas poderão contribuir com gestores e profissionais de saúde nas singularidades de seus contextos a fim de coordenar ações de enfrentamento da Covid-19, podendo trazer melhorias para as estratégias de atenção à saúde, propondo reflexões em caminhos possíveis que subsidiem respostas rápidas no âmbito da pandemia.

Em síntese, os desafios apresentados não são novos, uma vez que a sociedade mundial já vivenciou outras pandemias. Porém, esse advento traz à tona problemas recorrentes da gestão na coordenação da atenção à saúde e que impactam na operacionalização de um sistema de saúde universal, em um território com características socioeconômicas e sanitárias heterogêneas.

Embora tenhamos sido incitados nesse período pela pandemia, consideramos que a atenção primária representada pela área programática fortaleceu e demonstrou seu papel como ordenadora do cuidado, promovendo acesso aos usuários nos serviços de saúde, garantindo a integralidade das ações e a longitudinalidade do cuidado.

Ressaltamos o papel e a visibilidade da enfermagem nesse cenário, com o resgate de cuidados essenciais que fazem parte do seu escopo científico e de atuação, como lavagem das mãos, adoção de medidas de higiene, ventilação, recomendações para utilização de equipamentos de proteção individual e distanciamento social para redução da transmissibilidade da doença. Tais fatos nos remetem historicamente à atuação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia em 1854, que por meio de tais medidas garantiu a salvação da vida de inúmeros soldados britânicos.

Vivemos atualmente mais uma guerra, não necessariamente com armas bélicas, mas em busca da eficácia, descoberta e ação de novas vacinas, visando compreender de forma mais eficaz o “comportamento” do vírus, a fim de encontrar a cura desejada e necessária para toda a sociedade. E nesse ínterim, a enfermagem segue manejando o cuidado com arte e ciência, garantindo a gestão dos processos de trabalho e cuidado humano visando a vida e contribuindo para o controle da assustadora pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi IC, Adamy EK, Toso BRGO, Souza JB. 200 Anos de Florence e os desafios da gestão das práticas de enfermagem na pandemia COVID-19. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4576.3358>
2. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf
3. Brasil. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*; 2018; 23(2):431-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
5. GLERIANO JS, Fabro GCR, Thomaz WB, Goulart BF, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, 24, n. spe, e20200188, 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000500502&Ing=en&nrm=iso. access on 15 Nov 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0188>
6. Mota A, Marinho MGSC. Educação, Medicina e Saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares [Internet]. Santo André: UFABC; 2018 [citado 2020 nov 15]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_162_miolo_medicina_v10_divulg.pdf#page=143
7. Machado MH, Ximenes Neto FRG. The Management of Work and Education in Brazil's Unified Health System: Thirty years of progress and challenges. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 Jun;23(6):1971-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.
8. Oliveira WK, Duarte E, França VA, Garcia LP. How Brazil can hold back COVID19. *Epidemiol Serv Saude*; 2020;29(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>
9. Souza DO. The COVID-19 pandemic beyond Health Sciences: reflections on its social determination. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 16]; 25 (1): 2469-2477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>
10. Silva Teodósio SSC da, Leandro SS, organizadores. *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. Brasília, DF: ABen/DEAB, 2020. 86 p. (Série enfermagem e pandemias, 3) e-Book (PDF)
11. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 AUG 12]; 45(14). doi: 10.1590/2317-6369ED0000120
12. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário da COVID-19. *Rev enferm UERJ*. [internet]; 2020 Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/49596>
13. Byrne MD. Telehealth and the COVID-19 Pandemic. *J Perianesth Nurs*; 2020; 35(5):548-551. doi: 10.1016%2Fj.jopan.2020.06.023
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2020.



ALEX SIMÕES DE MELLO - Enfermeiro. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ e Professor Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/ABRASCO, polo UERJ. Procientista UERJ desde 2022. Especialista em Enfermagem em Promoção da Saúde pela UFF e em Acupuntura pela UNIP. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFF. Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ.



SONIA ACIOLI - Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Procientista UERJ desde 2006. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social IMS/ UERJ. Pós doutora pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra/ Portugal. Presidente Nacional da Associação Brasileira de Enfermagem - Gestão 2020-2022. Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem na Atenção Básica da ABEn Nacional e da ABEn RJ - Gestão 2022-2025. Membro do GT de Educação Popular e Saúde e do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO.

ADRIANA LOUREIRO DA CUNHA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Técnica da área de saúde da criança da Atenção Primária à Saúde. Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), RJ – Brasil.

ALESSANDRA SANT'ANNA NUNES - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

ALEX SIMÕES DE MELLO - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

ALINE AZEVEDO VIDAL - Enfermeira. Doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Gerente em serviço de saúde. Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

AMANDA RODRIGUES DE SOUZA - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Enfermeira militar da Marinha do Brasil. Hospital Naval Marcílio Dias, RJ – Brasil.

ANNA FLÁVIA NASCIMENTO DA ROCHA - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Assessoria técnica da diretoria de operações da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (Rio Saúde), RJ – Brasil.

ANGELA FERNANDES LEAL DA SILVA - Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Coordenadora das linhas de cuidado para doenças crônicas não transmissíveis. Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

CAIO LUIZ PEREIRA RIBEIRO - Enfermeiro. Mestre em Saúde. Coordenador do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS). Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

CAROLINE RODRIGUES DE OLIVEIRA - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira assistencial da Unidade de Cuidados Intensivos Pós-Operatórios do Hospital Federal do Andaraí (HFA), RJ – Brasil.

CINTIA ARAÚJO DUARTE - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Supervisora de Enfermagem na Policlínica Universitária Piquet Carneiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

ÉRICA CRISTINA DO NASCIMENTO RODRIGUES - Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Diretora da Divisão de Ações e Programas em Saúde da AP 5.1. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

FERNANDA HENRIQUES DA SILVA - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Supervisora de Enfermagem na Policlínica Universitária Piquet Carneiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

FLÁVIO DIAS DA SILVA - Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Coordenador da Vigilância Epidemiológica. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

HALENE CRISTINA DIAS DE ARMADA E SILVA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Superintendente de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES- RJ), RJ – Brasil.

HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID - Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

INÊS LEONEZA DE SOUZA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Campus UFRJ/Macaé. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ – Brasil.

JACQUELINE CAVALCANTI LIMA - Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA-AM), AM – Brasil.

JAQUELINE SANTOS DE ANDRADE MARTINS - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem. UNIABEU – Centro Universitário, RJ – Brasil.

JESSICA BERNARDES ALMEIDA BORGES DA SILVA DOS REIS - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira assistencial no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ – Brasil.

JULIANA AMARAL PRATA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

JULIANA ROZA DIAS - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

KASSIA JANARA VERAS LIMA - Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais e Infecciosas. Servidora pública na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dr^a Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP), AM – Brasil.

LARISSA SOUZA SILVA COELHO - Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade. Docente em Enfermagem (IBMR) e enfermeira assistencial na Prefeitura Municipal do Guarujá (PMG), SP – Brasil.

LEONARDO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS - Enfermeiro. Especialista em Saúde Indígena. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões, AM – Brasil.

LUCAS PORTELLA SILVA SANTOS - Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Preceptor do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

LUCIANA DUARTE DA SILVA - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Responsável técnica e enfermeira da equipe do Consultório na Rua. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

LUCIANA VALADÃO VASCONCELOS ALVES - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense - campus Macaé (IFF), RJ – Brasil.

MAGDA GUIMARÃES DE ARAUJO FARIA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada no Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

MARIA REGINA BERNARDO DA SILVA - Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Família. Professora na UNICBE – Centro Universitário, RJ – Brasil.

MARINA MARIA BALTAZAR DE CARVALHO - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Sanitarista da Divisão de Vigilância em Saúde da AP 3.1 e Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

MARY HELLEM SILVA FONSECA - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Sanitarista da Divisão de Vigilância em Saúde da AP 3.2. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

MERCEDES NETO - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

NADJA GREFFE - Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Coordenadora do Programa de Imunizações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), RJ – Brasil.

PATRICIA FERRACCIOLI SIQUEIRA LEMOS - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

REGINA LUCIA MONTEIRO HENRIQUES - Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora aposentada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

RENATA FLÁVIA ABREU DA SILVA - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), RJ – Brasil.

RICARDO DE MATTOS RUSSO RAFAEL - Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor associado do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

SONIA ACIOLI - Enfermeira. Doutorado em Saúde Coletiva. Professora Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ – Brasil.

VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), RJ – Brasil.

VICENTE JOSÉ LEITÃO CRISOSTOMO JÚNIOR - Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Coordenação de Controle e Avaliação. Secretaria Municipal de Saúde de Angra do Reis (SMS-AR), RJ – Brasil.



Diários de Quarentena

Sistematizações de experiências
da enfermagem no combate
à pandemia de Covid-19



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

**Atena**
Editora

Ano 2024



Diários de Quarentena

Sistematizações de experiências
da enfermagem no combate
à pandemia de Covid-19

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br