

ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19



**SHEILA SAINT-CLAIR DA SILVA TEODÓSIO
SUDERLAN SABINO LEANDRO**

Organização



DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA



Departamento
de Enfermagem
na Atenção Básica

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio

Associada da ABEn Seção Rio Grande do Norte
(Coordenadora Nacional)

Edinilza Ribeiro dos Santos

Associada da ABEn Seção Amazonas

Inês Leoneza de Souza

Associada da ABEn Seção Rio de Janeiro

Rosalina Aratani Sudo

Associada da ABEn Seção Distrito Federal

Sandra Rejane Soares Ferreira

Associada da ABEn Seção Rio Grande do Sul

Suderlan Sabino Leandro

Representante Diretoria da ABEn Nacional

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Assessora Técnica

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal

Gestão novembro/2019 – junho/2020

Francisca Valda da Silva

Presidente

Regina Maria dos Santos

Vice Presidente

Jacinta de Fatima Senna da Silva

Secretária Geral

Iraci do Carmo de França

Diretora do Centro Financeiro

Suderlan Sabino Leandro

Diretor do Centro de Desenvolvimento da Prática
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Romulo Delvalle

Diretor do Centro de Publicações e Comunicação Social

Cássia Barbosa Reis

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas em
Enfermagem

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Luiza Mara Correia

Ednara Nunes Gonçalves

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

CONSELHO FISCAL – SUPLENTE

Andréa de Sant'Ana Oliveira

E56 Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19 / Organização Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio, Suderlan Sabino Leandro.-- Brasília, DF : ABEn/DEAB, 2020.
87 p. : il. , color. ; (Série enfermagem e pandemias, 3)

e-Book (PDF)
Texto de vários autores.
Inclui bibliografia.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde.
3. COVID-19, prevenção e cuidados. 4. Saúde do indígena. 5. Profissional de enfermagem. 6. Saúde pública. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Teodósio, Sheila Saint-Clair da Silva (Org.). III. Leandro, Suderlan Sabino (Org.). IV. Série.

CDU 616-053.9





APRESENTAÇÃO

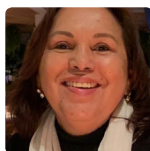
A presente obra se insere em um processo amplo de reflexão sobre Enfermagem e Pandemias, que vem sendo desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), provocado pela emergência da Covid-19. Compõe uma série de publicações que visam fortalecer a produção e a sistematização de conhecimentos sobre o tema e tem por objetivos promover o debate crítico-reflexivo sobre os desafios da Enfermagem na Atenção Básica no contexto da Covid-19 e compartilhar experiências que retratam as potencialidades da Atenção Básica para o enfrentamento da Covid-19. Compreende-se essa pandemia como um fenômeno histórico-social, reflexo da organização político-econômica e sanitária vigente no século XXI, cujo avanço instaurou a maior crise humanitária do século, gerando inúmeras consequências desastrosas, entre elas, a sobrecarga no sistema de saúde de todos os países, como também no Brasil.

A obra divide-se em duas partes. A primeira contém estudos que têm por base o contexto mundial e nacional da pandemia, em uma abordagem crítica e reflexiva. Na segunda, são apresentados relatos de experiências de enfermeiros na sua prática cotidiana de enfrentamento da Covid-19. Não obstante os relatos de experiências tratem de contextos específicos, acredita-se que podem ser reaplicados em outros cenários de práticas.

Os capítulos podem ser lidos independentemente da ordem de apresentação, contudo recomenda-se a leitura global do e-book, por compreender a importância de conhecer os diferentes olhares e suas contribuições para expansão do conhecimento sobre um fenômeno ainda pouco conhecido. Por conta disso, e considerando-se a necessidade premente de publicações científicas a respeito da Covid-19, a relevância da presente obra reside não só na sua contribuição para a expansão do conhecimento, como também espera-se que constitua incentivo para a promoção de debates sobre a temática em apreço. As autoras e autores são profissionais de enfermagem com relevante conhecimento teórico e prático em pesquisas e assistência, em sua maioria atuando na linha de frente, no enfrentamento da Covid-19, como parte da equipe de saúde.

Cabe ressaltar ainda que se trata da contribuição do Departamento de Enfermagem na Atenção Básica para a comemoração dos 94 anos da Associação Brasileira de Enfermagem, que desde a sua fundação vem cumprindo com rigor e responsabilidade seu compromisso de colocar-se a serviço da sociedade brasileira, na luta por melhores condições de vida e saúde, seja em condições usuais, seja em tempos de exceção.

Boa leitura!



Sheila Saint-Clair da S. Teodosio

Coordenadora Nacional do Departamento de Enfermagem na Atenção Básica – Associação Brasileira de Enfermagem

Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte





SUMÁRIO

REFLEXÃO

4 CAPÍTULO I

DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM TEMPO DE PANDEMIA

11 CAPÍTULO II

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PÓS-PANDEMIA E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

19 CAPÍTULO III

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

27 CAPÍTULO IV

PROTEÇÃO E BIOSSEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19

35 CAPÍTULO V

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O TRABALHO EM ENFERMAGEM NOS TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

44 CAPÍTULO VI

A ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO AMAZÔNICA

RELATO DE EXPERIÊNCIA

52 CAPÍTULO VII

O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EM NATAL-RN

59 CAPÍTULO VIII

AÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

66 CAPÍTULO IX

ARTICULAÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA COM E PARA COMUNIDADES TRADICIONAIS DA AMAZÔNIA PARAENSE

72 CAPÍTULO X

A VOZ DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: CÍRCULO DE CULTURA VIRTUAL

79 CAPÍTULO XI

SAÚDE INDÍGENA EM TEMPO DE COVID-19: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM





DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM TEMPO DE PANDEMIA

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹

ORCID: 0000-0001-9440-0870

Lucimara Fabiana Fornari¹

ORCID: 0000-0002-8655-6549

Rafaela Gessner Lourenço^{II}

ORCID: 0000-0002-3855-0003

¹Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.
Assessora Técnica do Departamento Científico de
Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

^{II} Universidade Federal do Paraná.
Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor Correspondente:

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
E-mail: rmgfon@usp.br



RESUMO

Objetivo: Refletir sobre os desafios da atenção básica no cuidado à população durante a pandemia da COVID-19.

Métodos: Estudo reflexivo fundamentado na teoria da determinação social da saúde como paradigma orientador da Saúde Coletiva.

Resultados: As reflexões incluem a importância da Atenção Básica para a assistência à saúde; a articulação do biológico e do social na determinação da pandemia; os desafios da Atenção Básica na pandemia da COVID-19.

Considerações finais: O principal desafio da Atenção Básica, no momento, é ter a sua potencialidade reconhecida como essencial para o enfrentamento da pandemia tanto quanto os serviços de maior complexidade. Além disso, deve ser ordenadora da Rede de Atenção à Saúde para integrar as ações, de forma a favorecer a prevenção, a detecção precoce e o tratamento específico dos casos, sem desconsiderar os demais problemas e a atenção integral de saúde à população.

Descritores: Atenção primária à saúde; Processo saúde-doença; Pandemias; Saúde pública; Enfermagem.



A pandemia que vivemos é um exemplo pleno do que um grego trágico chamaria de ação da fortuna: ainda que tenhamos algum controle sobre ela (técnico, político, médico), a pandemia é cega, violenta, cruel, sem nenhuma intenção inteligente de sê-lo, portanto, um caso clássico da fortuna cega dos trágicos. Fortuna aqui é acaso, contingência, nada a ver com o uso comum de fortuna como grana⁽¹⁾.

INTRODUÇÃO

Mais que um agravo biológico provocado por um vírus, a pandemia da COVID-19 deve ser compreendida como um fenômeno histórico-social, reflexo da organização político-econômica e sanitária vigente no século XXI e fruto do avanço do capitalismo às custas do acirramento das condições de exploração do sistema ecológico e social, com evidente piora das condições de vida da maior parte da população do planeta. Nesse contexto, instalado o agravo, evidenciou também as fragilidades e potencialidades dos sistemas de atenção à saúde para o enfrentamento desse problema de caráter mundial.

No momento de produção deste texto (julho de 2020), o Brasil registra perto de 80 mil óbitos e mais de dois milhões de pessoas infectadas. É o segundo país do mundo em termos de incidência da doença, apenas ultrapassado pelos Estados Unidos da América⁽²⁾.

E a tendência é piorar, dado que a curva de incidência da doença ainda é ascendente. Porém, há que se ter em conta que a situação ainda poderia ser pior. Só não o é porque temos um Sistema Único de Saúde (SUS), de abrangência universal, equânime e solidário - apesar das suas fragilidades - que tem garantido, ainda que com inúmeras dificuldades, conter um pouco o agravamento da situação.

No Brasil, o advento da pandemia da COVID-19 agravou enormemente uma crise sanitária já vigente, coincidindo e agravando duas outras crises que também já se encontravam em curso, a política e a econômica. A opção das últimas gestões do Governo Federal pelo crescimento econômico com base na contenção de gastos públicos, as chamadas políticas de austeridade - com inegável favorecimento das classes sociais privilegiadas, formadas pelos detentores dos meios de produção do setor privado - já vinha ferindo de morte as populações socialmente mais vulneráveis e que constituem os principais usuários dos serviços públicos de saúde, educação, assistência social, segurança, entre outros.

O que a pandemia tem provocado é uma crise social sem precedentes, fruto da alquimia das crises econômica, política e sanitária, acarretando graves consequências para a qualidade de vida e saúde dos grupos historicamente desfavorecidos como os pobres, pretos, mulheres, idosos, indígenas, crianças, ou seja, a maioria subjugada do mundo neoliberal. Se, no início, os mais acometidos pela COVID-19 pertenciam às classes média e alta, hoje, o perfil da pandemia brasileira é pobre, preto, vive nas periferias das grandes cidades, ou em regiões distantes dos centros mais desenvolvidos, com menor acesso aos bens e serviços, inclusive de saúde, e é formado principalmente por pessoas com poucas chances de não serem acometidas pelo vírus ou, se infectadas, têm maior risco de morrer.

Diante disso, a Atenção Básica tem uma importante função a cumprir, uma vez que sua imersão na realidade é sua condição básica da existência.

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre os desafios da Atenção Básica (AB) no cuidado à população brasileira durante a pandemia da COVID-19, a partir de considerações sobre a determinação social do fenômeno, com ênfase nas condições de organização e operação do sistema de saúde brasileiro.

ATENÇÃO BÁSICA: DA IMPORTÂNCIA À FRAGILIZAÇÃO

O termo “Atenção Básica” foi adotado pelo movimento da reforma sanitária brasileira para representar o primeiro nível do sistema de atenção à saúde, também conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS), bem como para organizar e operar a porta de entrada desse sistema. A APS integra a rede assistencial de cuidados, com enfoque na comunidade e no território, revelando-se fundamental para o enfrentamento de

epidemias, como no caso da COVID-19, pois envolve o conhecimento da população e suas vulnerabilidades, favorecendo as ações de promoção, prevenção e cuidado individual e comunitário⁽³⁾.

O conceito pós-moderno da APS foi mundialmente veiculado em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada em Alma-Ata, na Rússia. Naquele cenário, a APS foi definida como “cuidados essenciais, baseados em método de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (...). É parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”^(4:15).

Dessa definição emergiram os elementos fundamentais da APS: a educação em saúde, o saneamento básico, o programa materno-infantil (incluindo a imunização e o planejamento familiar), a prevenção de endemias, o tratamento apropriado às doenças prevalentes, o fornecimento de medicamentos essenciais, entre outros. Esses elementos apontam para uma importante fundamentação, que antecede e norteia o SUS, isto é: o entendimento da saúde como expressão de um direito humano fundamental⁽⁵⁾.

Na direção do recomendado em Alma Ata, no Brasil, desde 1994 e vigente até o momento, foi instituído o Programa, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que inaugurou novas formas de fazer saúde, contribuiu para a ampliação do acesso e a descentralização das ações e provocou mudanças das práticas profissionais e institucionais. Assim, mostrou-se fundamental para a efetivação da AB, priorizando a articulação de ações de educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea.

Contudo, ainda que, em determinados períodos históricos, tenham se registrado incentivos à ESF e o crescimento do número de equipes, da cobertura populacional, da criação dos mecanismos de apoio para a formação de profissionais e prestação de cuidado multiprofissional e interdisciplinar, a situação da saúde no Brasil tem piorado muito nos últimos anos, em especial, a partir de 2016, com a mudança radical da política econômica. Exemplo disso foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC-95), que instituiu um novo regime fiscal que vigorará até 2036 no Brasil contendo os gastos públicos. Tal política tem sido alvo de importantes protestos por parte da sociedade civil, foi motivado pela ausência de debate com o setor público, mas, sobretudo, pela oposição e resistência a um discurso oficial que apresenta a necessidade, mentirosa, de um novo regime capaz de retomar o crescimento econômico por meio da limitação de gastos e investimentos públicos, principalmente de ordem social⁽⁶⁾.

Outra prova contundente de perda da noção de direito à saúde foi a nova Política Nacional da Atenção Básica, aprovada em 2017. Somada à referida PEC-95, representa um grande retrocesso na atenção à saúde da população. Apesar também de inúmeras críticas da comunidade científica e dos órgãos de controle social, foi aprovada e encontra-se em vigor, com sérias deficiências, como a não obrigatoriedade de cobertura de 100% da população, a mudança do número de Agentes Comunitários por equipe, a redução do número de equipes e a mudança gradual do modelo assistencial, desprivilegiando o monitoramento das condições de vida e saúde da população do território para incrementar cada vez mais a assistência individual, focada em agravos⁽⁷⁾.

O golpe mais recente, ocorrido no final de 2019, foi a aprovação da nova forma de financiamento da APS, que deixa de levar em consideração as demandas dos grupos populacionais, passa a ser restrito às pessoas cadastradas em serviços de APS e depende de resultados alcançados com base em indicadores pré-definidos, ou seja, o financiamento deixa de ser universal, contrariando de maneira inequívoca o princípio da

Universalidade do SUS. Dados apresentados pelo Conselho Nacional de Saúde, revelaram que com a Emenda Constitucional (EC) número 95/2016, o financiamento do SUS teve uma redução de R\$ 22,5 bilhões e mais R\$ 20 bilhões com Restos a Pagar, ou seja, dinheiro empenhado e não aplicado de anos anteriores. A redução do financiamento do SUS não interfere somente na garantia de saúde aos cidadãos brasileiros, mas também fragiliza a estrutura que mantém em funcionamento os serviços de atendimento⁽⁸⁾.

DO BIOLÓGICO AO SOCIAL NA DETERMINAÇÃO DA PANDEMIA

Para compreender a pandemia da COVID-19 e as diferentes crises, sanitária, política, econômica que repercutem cruelmente no agravamento da qualidade de vida e saúde da população, é pertinente e necessário refletir acerca da determinação social da saúde, objetivando superar as análises restritas ao viés biológico da doença.

Na visão da epidemiologia crítica, que se baseia na teoria da determinação social da saúde, existe uma estreita relação entre o social e o biológico na pandemia da COVID-19. Embora o vírus SARS-CoV-2 seja o elemento biológico específico da pandemia, a responsabilidade pelo processo de transformação genômica do vírus, sua transmissão entre humanos, a capacidade infecciosa e a deterioração do sistema imune de cada indivíduo são determinados socialmente. Desta maneira, ao invés da COVID-19 ser simplesmente uma *doença* pandêmica, trata-se de um fenômeno complexo e multidimensional, determinado historicamente e socialmente, com raízes nas três dimensões da sociedade (geral, particular e individual). Na dimensão geral, destaca-se a expansão desenfreada de territórios e ecossistemas não saudáveis e baseados no extrativismo extremamente espoliador ao meio ambiente; na dimensão particular, salienta-se o acometimento maior da doença nas classes subordinadas a modos de vida de exposição e vulnerabilidade; na dimensão individual, evidenciam-se os estilos de vida individuais, propensos à exposição e ao contato, a vulnerabilidade pessoal e os estressores, bem como a contaminação com alta carga viral, a existência de comorbidades, desnutrição e a conversão de processos protetores fisiológicos em patológicos⁽⁹⁾.

A articulação entre o biológico e o social é responsável por produzir as inúmeras repercussões da pandemia. Como expressado anteriormente, a agenda neoliberal governamental tem efetivado medidas que têm provocado a ampliação e o agravamento da COVID-19: a prioridade dada à esfera econômica, a fragilização dos sistemas públicos de saúde, de assistência social e previdência, a relativização da gravidade da pandemia e a não adesão às medidas de prevenção, a disseminação de informações falsas na mídia, a presença de comunidades pobres, com reduzido acesso à água tratada, saneamento e estrutura e renda, que além de agravar a pandemia por facilitar a transmissão do vírus, ainda inviabilizam ou dificultam as medidas de prevenção e tratamento⁽¹⁰⁾.

Ainda com referência à determinação social da pandemia, é importante frisar que longe de ser um evento *democrático* como veiculado no início, há uma inegável desigualdade em termos de condições que favorecem a contaminação e o desenvolvimento da doença nos diferentes grupos populacionais. Estudos recentes demonstram que as chances de contaminação e o risco de morrer de COVID 19 são maiores entre pobres, pardos ou pretos, menos escolarizados, idosos e homens⁽¹⁰⁻¹¹⁾

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM TEMPO DE PANDEMIA

No contexto do SUS, a AB representa o ponto de atenção que permite o maior contato com a comunidade, por meio do reconhecimento do território. Seus atributos essenciais como, acesso de primeiro contato, integralidade do cuidado, longitudinalidade e coordenação permitem que sejam enfrentadas fragilidades sociais evidenciadas na pandemia. Dessa forma, por sua capilaridade, a AB se constitui como um serviço potente para o combate a pandemia da COVID-19, justamente por proporcionar que o social e o biológico se encontrem como totalidades partes da mesma totalidade, e não como opostos⁽³⁾.

No entanto, desde o início da pandemia, a AB tem sido relegada a segundo plano, com visível privilégio dos serviços de alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, incluindo investimentos financeiros tanto públicos como privados neste setor. Isso ocorreu em detrimento dos serviços de AB que, em muitos locais, diminuíram os atendimentos, suspenderam as atividades extramuros no território e deixaram à própria sorte a população desassistida. Pode-se mesmo ousar dizer que a orientação para que as pessoas sintomáticas sem gravidade permanecessem em casa contribuiu para piorar situações que poderiam ter sido lidadas precocemente, com sucesso.

Somente o desenrolar da crise com o agravamento da situação e a comprovação de que a testagem, o monitoramento e controle de comunicantes podem ser efetivos para a diminuição da pandemia têm feito com que alguns municípios e estados adotem medidas de vigilância epidemiológica há muito tempo conhecidas e implementadas em inúmeras situações epidêmicas anteriores. Há muito está comprovado que a ESF pode desempenhar uma importante função na rede assistencial no enfrentamento de qualquer epidemia, como já registrado em outros momentos da história brasileira, mesmo que em dimensões e complexidades menores que a COVID-19, como zika, chikungunya, dengue, entre outras. Essa potencialidade está assentada, sobretudo, no conhecimento que as equipes de ESF possuem do território e das vulnerabilidades da população, e na incrível capacidade de transformar processos de trabalho de forma a compatibilizar o atendimento à realidade. Essa, aliás, historicamente tem sido uma grande potencialidade das equipes na APS, dado que na maior parte das vezes não dispõem de recursos humanos e materiais necessários para o atendimento adequado. A riqueza do patrimônio humano da Atenção à Saúde e nela, da APS, é digna de nota e nessa pandemia felizmente tem sido muito ressaltada e com uma visibilidade sem igual. Mesmo menos visíveis que os serviços de grande complexidade, tem sido fundamental sua ação junto às coletividades. Que o digam as populações socioeconomicamente mais carentes!

O que tem feito muita falta é uma coordenação central – no nível do Ministério da Saúde - das equipes da AB espalhadas por todo território brasileiro, em articulação com os demais serviços especializados e complementares ligados à Rede de Atenção à Saúde. Também se faz necessário ampliar o fortalecimento e a estruturação das redes de apoio sociais formais e informais, capazes de auxiliar a enfrentar diferentes questões e situações deletérias advindas do isolamento social e que envolvem, sobretudo, idosos, pessoas acamadas, portadores de algum tipo de deficiência, adolescentes, homens e mulheres em vulnerabilidade social de comunidades urbanas e rurais⁽¹²⁾.

Segundo a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, a complexidade de ações para o enfrentamento da COVID-19 que podem ser sustentadas pela atuação da AB demanda que sejam priorizados três eixos de intervenção: o primeiro deles é *fomentar ações de prevenção primária e secundária de vigilância em saúde* com vistas a bloquear ou minimizar o aumento do número de casos no território; o segundo eixo consiste em *oferecer suporte aos grupos com vulnerabilidades de saúde ou sociais* que, sem dúvida, requererão algum tipo de apoio no transcorrer da epidemia; o terceiro eixo trata de *garantir a continuidade das ações* que eram desenvolvidas no contexto de promoção da saúde e prevenção de agravos no período anterior à pandemia da COVID-19. Todavia, deve-se ter em mente que é preciso priorizar a continuidade do isolamento e do distanciamento social, quando possível. Por isso, para reduzir índices de aglomeração e contatos presenciais desnecessários, abre-se a possibilidade de investir em novas ferramentas e estratégias do cuidado, como a promovida pelo contato telefônico de monitoramento no cenário da AB⁽³⁾.

Reforçando ou agregando ao foi exposto, podem ser enumerados como desafios da AB:

1. Dar ênfase à vigilância epidemiológica no território para detecção precoce dos casos de COVID-19 e efetuar todas as intervenções subseqüentes visando ao controle e monitoramento do agravo em termos de educação para a saúde, isolamento de comunicantes, e as demais ações preconizadas em caso de epidemias.

2. Implementar a atenção integral à saúde, garantindo o acesso universal e equânime aos serviços públicos.
3. Estabelecer e fortalecer as redes de cuidado à população, estabelecendo parcerias com grupos organizados da coletividade, organizações sociais existentes no território e outros.
4. Reorganizar o processo de trabalho, fornecendo materiais e equipamentos suficientes para garantir a atenção à saúde da população com efetiva proteção dos profissionais e suas famílias e contatos.
5. Criar e implementar plataformas de monitoramento coletivo das condições de vida e saúde da população do território.
6. Organizar teleconsultas e teleapoio, formar grupos de usuários em aplicativos para smartphone, com acompanhamento de grupos à distância, visando reduzir o atendimento presencial, sem perder contato com a população.
7. Formar, capacitar e qualificar adequadamente todos os profissionais envolvidos no atendimento dos usuários, tentando superar as limitações do ensino não presencial e o uso de plataformas digitais.
8. Estabelecer parcerias com outras instâncias e setores governamentais para estabelecer programas de suporte social às populações dos territórios visando minimizar os impactos econômico-financeiros sobre as populações mais vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De certo modo, a pandemia da COVID-19 propiciou que o mundo olhasse com mais cautela e atenção para o cuidado à saúde, não exclusivamente enquanto embate contra um agente biológico específico, mas também com reconhecimento dos impactos provocados pelos sistemas econômicos, políticos e sanitários, na própria determinação da pandemia. Dialeticamente, esse fenômeno tem agravado cada vez mais as crises desses mesmos sistemas. De outra parte, o enfrentamento da pandemia revelou potencialidades e limites dos níveis de atenção à saúde, com vistas à superação rápida e efetiva do problema emergente.

O capítulo ressaltou que decisões políticas e econômicas assumidas no passado, mesmo que recente, influenciaram as condições de saúde presentes e irão interferir também nas medidas futuras. Acredita-se que o enfrentamento da COVID-19 provocará transformações pós-pandemia em toda a sociedade, incluindo-se aí a maneira de conceber e fazer saúde nos seus diversos níveis, com destaque para a Atenção Básica.

O enfrentamento da COVID-19 tem revelado uma situação complexa que certamente envolve a reflexão sobre a estruturação e o funcionamento dos serviços que constituem a rede de atenção à saúde. Evidenciou ainda mais o importante papel que ocupa na coordenação e monitoramento do cuidado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde concretizados a partir da situação epidemiológica da população dos territórios, marcados por heterogeneidades acentuadas pela alquimização das categorias sociais de gênero, geração, classe social e raça-etnia.

Em síntese, em termos de Atenção Básica, no panorama atual de enfrentamento da pandemia, o grande e primaz desafio que se coloca é possibilitar o cumprimento das suas ações, no mesmo nível em que o fazem os serviços de maior complexidade, com a mesma visibilidade, com o mesmo quantum de investimentos em recursos humanos, materiais, insumos e tecnologias, de forma que possam ser reconhecidas e desenvolvidas suas potencialidades. Se no campo do tratamento da COVID-19 ainda há muito a descobrir, no âmbito da AB, além da vacinação específica ainda não conseguida, a implementação de medidas já largamente conhecidas pode contribuir enormemente para o enfrentamento da pandemia. Por que isso não é feito?

São muitas as possíveis respostas, mas parafraseando Ignácio de Loyola Brandão⁽¹³⁾, tendem a ser *“propositalmente desestruturadas, algo caótico, porque retrata tempos que vivemos, não sabemos onde ir, o que fazer, pensar, para onde ir, de quem esperar. O que fazer muitos sabem e têm nas mãos os poderes. Mas não fazem. Não querem. O que aconteceu, gente?”*

REFERÊNCIAS

1. Pondé LF. Até onde vai nossa autonomia quando agimos em nossa vida? Folha de S. Paulo [Internet]. 2020 jul. 19 [citado 2020 jul. 22]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/colunas/luizfelipeponde/2020/07/ate-onde-vai-nossa-autonomia-quando-agimos-em-nossa-vida.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newscolumnista
2. Brasil. Coronavírus (COVID-19). Estatísticas no Brasil e no Mundo [Internet]. Brasília; 2020. [citado 2020 Jul 22]. Disponível em: <https://www.coronavirus.com.br/>
3. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Seminário Virtual Rede APS Abrasco [Internet]. Rio de Janeiro; 2020. [citado 2020 Jul 22]. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/arquivos/downloads/ABRASCO.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata [Internet]. URSS; 1978. [citado 2020 Jul 18]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
5. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. [Internet] 2015. [citado 2020 Jul 20]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
6. 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. Rev. Investig. Const. [Internet]. 2017 [citado 2020 Jul 22];4(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Ministério da Saúde. Brasília; 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação n. 020, de 07 de abril de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico n. 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atução dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a emergência em Saúde Pública de importância nacional em decorrência da doença por Coronavírus. In: Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2020. Disponível em: <http://conselho.sau.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf>
9. Breilh J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. In: Posnormales: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias [Internet]. Buenos Aires: ASPO, 2020. 388p. [citado 2020 Jul 16]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1COvZyVpJFVNEs0zRm_kMhaMtx3j_aJn5/view
10. 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>
11. Baqui P, Marra V, Ercole A, Van der Chaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet Global Health [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 23];8:e1018-26. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0).
12. Rede de Pesquisa em APS. Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da COVID-19: posição da Rede APS da Abrasco. [Internet] Boletim da Rede APS maio de 2020 [citado 2020 Jul 20]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/fortalecer-a-estrategia-saude-da-familia-no-enfrentamento-da-covid-19/47785/>
13. Brandão IL. Se eu morrer, saibam quem me matou. O Estado de São Paulo [Internet]. 2020 mai. 22 [citado 2020 Jul 22]. Disponível em: <https://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,se-eu-morrer-saibam-quem-me-matou,70003310425>



A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PÓS-PANDEMIA E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Inês Leoneza de Souza^I

ORCID: 0000-0001-8280-3306

Sonia Acioli de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0002-0772-8235

Ricardo de Mattos Russo Rafael^{III}

ORCID: 0000-0003-1315-4271

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues^{IV}

ORCID: 0000-0002-3159-6711

^IUniversidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé (UFRJ-Macaé).
Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II,III}Membros do Departamento Científico de
Enfermagem na Atenção Básica- ABEn seção RJ.

^{II,III,IV}Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Inês Leoneza de Souza
E-mail: ines.leoneza@gmail.com



RESUMO

Objetivos: Destacar aspectos que envolvem a organização da rede de Atenção Primária de saúde e a enfermagem.

Método: Trata-se de um estudo analítico, tipo artigo de reflexão sobre o sistema de saúde e os profissionais de Enfermagem durante a Pandemia.

Resultados: Panorama da reorganização da rede de saúde e as atividades de enfermagem considerando os reflexos da Pandemia da COVID-19 no Rio de Janeiro.

Considerações Finais: O atual cenário político e econômico em que ocorre a pandemia da Covid-19 revela falta de comprometimento com o fortalecimento das políticas públicas, em especial na Atenção Primária.

Descritores: Enfermagem; COVID-19; Conjuntura política; Atenção Primária à Saúde.



INTRODUÇÃO

Entendemos como desafio propor uma abordagem sobre a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e as práticas que envolvem os profissionais de enfermagem, especialmente no Rio de Janeiro, numa conjuntura política, social e econômica, frente à pandemia da Covid-19.

Falar da APS, regida atualmente pela portaria MS 2539/2019⁽¹⁾, para compreender o nível de complexidade de assistência, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos em sua origem, implica dar ênfase à manutenção da saúde numa perspectiva de atenção integral à saúde. Desenvolver uma atenção integral tem sido uma tarefa difícil e transformou-se em um problema tanto para os estados como para os municípios no acompanhamento das atividades de vigilância em saúde, das pessoas e grupos sociais.

Dentro do setor de saúde brasileiro, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentar a APS como o contato preferencial – e necessariamente como a principal porta de entrada – exige que se considere o trabalho multiprofissional da equipe de saúde. Do mesmo modo, pautar os processos de trabalho nesse nível de atenção, assim como disponibilizar e promover uma agenda de atividades voltadas para atender às demandas dos usuários e de suas famílias prioritariamente, no território adstrito, é dar ênfase ao trabalho da Enfermagem na perspectiva de sua competência profissional e origem de formação.

A Enfermagem brasileira, em plena crise sanitária advinda da pandemia de COVID-19, tem demonstrado seu compromisso com a vida dos indivíduos e famílias, grupos e comunidades que cuida em articulação com as equipes de saúde. As universidades têm um papel decisivo na garantia da qualidade do cuidado por meio da formação profissional. A prática da enfermagem na APS no Brasil depende de políticas de fortalecimento da saúde como direito e da regulamentação profissional⁽²⁾.

A Enfermagem hoje constitui a maior força de trabalho em saúde, tendo atualmente um total de 2.305.946 profissionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no Brasil e 288.271 no Rio de Janeiro, conforme dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) de maio de 2020. No entanto, ainda vivemos carência na quantidade de profissionais por região e qualificação adequada para garantir o acesso de todos os brasileiros a um cuidado de qualidade nos serviços de saúde, como também um contingente que atenda às necessidades das atenções primária, secundária e terciária.

O atual cenário político e econômico em que ocorre a pandemia da Covid-19 revela falta de comprometimento com o fortalecimento das políticas públicas, em especial na APS. Um verdadeiro descaso com a causa e a coisa pública neste cenário de pandemia. Entendemos que o enfrentamento à pandemia pressupõe refletirmos sobre a organização da APS e o papel dos profissionais de saúde nessa organização. Desse modo, vamos debater, neste capítulo, a pandemia da Covid-19 a partir de sua contextualização política, social e econômica, buscando pensar de forma articulada os problemas sociais e de saúde para o fortalecimento das práticas dos profissionais de enfermagem.

A CONJUNTURA POLÍTICA, SOCIAL E ECONÔMICA E A PANDEMIA DA COVID-19

Difícilmente, poderia haver um momento pior para pensar a implantação de mudanças nas práticas de enfermagem na APS brasileira. O SUS, além de sofrer com um longo processo de desmonte da capacidade do Estado de gerir e operar os serviços públicos de saúde, ainda tem arcado com o esforço principal do combate à pandemia de Covid-19, numa situação extremamente crítica. Nunca o Ministério da Saúde, a principal autoridade sanitária do país, esteve tão enfraquecido e sem rumo quanto no governo atual. Desde o golpe parlamentar de 2016, medidas tomadas pelos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro contribuíram para agravar o quadro crônico de subfinanciamento do SUS, principalmente o congelamento das despesas primárias do governo determinado pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de dezembro de 2016⁽³⁾. Outras medidas dos mesmos governos vêm desestabilizando as condições de funcionamento da APS, piorando, por

consequência, o ambiente para a valorização do perfil profissional e das práticas da enfermagem neste nível de atenção. Abordamos, em linhas gerais, alguns desses elementos que conformam um quadro político e institucional desfavorável para os profissionais de saúde em geral e, especificamente, para os profissionais de enfermagem.

A valorização do perfil profissional e das práticas de enfermagem depende da existência de condições que favoreçam uma gestão adequada e continuada de recursos humanos no SUS, em geral, e da enfermagem, em particular. Desde o regime militar, entretanto, vêm sendo minadas as condições necessárias para a gestão dos serviços públicos, principalmente os de caráter social, assim como para que estes pudessem contar com os recursos humanos adequados. O decreto-lei 200 (DL 200), de 1967, inverteu uma tendência de décadas de fortalecimento do serviço público civil, dando prioridade à contratação de serviços privados, inclusive na área da saúde. O mesmo decreto-lei enfraqueceu o regime estatutário na administração pública, permitindo que a administração pública indireta contratasse pessoal pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ao invés de servidores públicos concursados, com carreira e estabilidade. Sete anos depois, a lei nº 6.185/1974 generalizou a possibilidade de contratação de empregados pelo regime celetista no serviço público⁽⁴⁾.

Paralelamente à criação do direito à saúde e à criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 criou o Regime Jurídico Único na tentativa de fortalecer o regime estatutário no Estado Brasileiro, o que poderia redundar num quadro positivo para a gestão dos recursos humanos na saúde. Diversas medidas contrárias, de cunho neoliberal, foram sendo tomadas, entretanto resultaram numa reversão completa da intenção do texto constitucional. A Reforma Administrativa do Estado dos anos 1990 subverteu toda a lógica, considerando que as áreas sociais, como saúde, educação, assistência social, entre outras, não eram funções essenciais de Estado, podendo ser sua execução contratada do setor privado, retornando às formulações do DL 200, do período militar. Logo após, a Lei de Responsabilidade Fiscal de 1998 (lei complementar nº 101/2000) estabeleceu o teto de gastos com pessoal de 50% das receitas públicas correntes para a União e 60% para estados e municípios. Como as funções sociais dependem de um grande número de profissionais especializados, isso abriu a porta para uma imensa terceirização dos serviços de saúde, que passaram a ser executados por entidades privadas diversas. Além das atividades operacionais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, as atividades de gestão do SUS foram profundamente enfraquecidas pelas medidas neoliberais.

O resultado deste processo de longo prazo é o prevailecimento de um quadro profundamente desfavorável ao exercício pleno pelo Estado de sua capacidade de gerir e operar o SUS. Há uma grande instabilidade no exercício da função pública pelos profissionais de gestão e de operação dos serviços de saúde, que não contam com vínculos estáveis de trabalho, mudando constantemente de emprego e empregador. Tal situação não contribui para o desenvolvimento de experiência prática nem de gestão nem de operação dos serviços. Os profissionais estão sendo constantemente contratados, demitidos, recontratados, o que obriga a um ciclo constante e irracional, além de gerar reiterados treinamentos de pessoal. Como pensar a sério numa valorização da profissão de enfermagem num quadro como acabamos de descrever?

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017 (portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), constituiu um primeiro fator de instabilidade para a APS no período posterior ao golpe de 2016. A nova PNAB ampliou a flexibilidade da jornada de trabalho dos profissionais de Saúde da Família, principal estratégia de reorganização da APS no Brasil, enfraquecendo a lógica do trabalho em equipe. A PNAB/2017 também criou incentivos indiretos para o fortalecimento da atenção primária tradicional, baseada na atenção da demanda espontânea e não na promoção, prevenção e controle da saúde, com base no conhecimento do território de adscrição da clientela e da participação comunitária.

Antes mesmo de assumir o governo, o atual presidente criou um conflito com a presença dos médicos cubanos que vinham atuando na Saúde da Família nas populações mais distantes e carentes do país. Esta atitude provocou a saída desses profissionais, o enfraquecimento das equipes de APS onde atuavam, o que resultou em enorme retrocesso nas condições sanitárias dessas populações. O Programa Mais Médicos (lei

nº 12.871, de 22 de outubro de 2013), que dera um passo adiante para a regulação da profissão médica, via residência, e criara as condições para o provimento de profissionais médicos junto a essas populações, foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil (Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019), o qual abandonou os elementos de regulação da profissão e não criou incentivos suficientes para recolocar esses profissionais nas áreas mais distantes e carentes.

A forma de transferência de recursos federais para a APS foi modificada profundamente em 2019, reduzindo drasticamente o financiamento federal nos municípios de maior porte e demais municípios que integram as áreas metropolitanas, além de ter imposto exigências impossíveis de serem cumpridas em relação à ampliação da população cadastrada na Saúde da Família nesses municípios. Todos esses problemas recentes na APS vêm tendo forte reflexo negativo sobre a capacidade de os municípios organizarem esses serviços, aumentando as dificuldades de gestão dos recursos humanos das equipes de APS, inclusive dos profissionais de enfermagem.

Para culminar esse quadro amplamente desfavorável, a emergência da pandemia de Covid-19 tem sido constantemente negada pelo presidente da República, o que praticamente anulou a capacidade de o Ministério da Saúde assumir sua função de principal autoridade sanitária do país e impediu que o governo tomasse medidas econômicas à altura dos problemas colocados pela doença. Do ponto de vista administrativo, o Ministério da Saúde sofreu duas trocas do titular da pasta, estando sob a tutela de um ministro interino militar, sem formação e experiência na área da saúde, uma situação inédita que não aconteceu nem durante o regime militar (1964 a 1985). A incapacidade administrativa do atual Ministério revela-se no fato de que só conseguiu gastar 29,3% de recursos para combater a Covid-19, segundo matéria publicada pelo jornal Estado de Minas, em 29/06/2020.

Ao invés de assumir o papel de coordenação e liderança na organização e sistematização das informações epidemiológicas, o Ministério tentou esconder dados. Ao invés de liderar a compra e a distribuição dos insumos necessários para combater a doença – testes, equipamentos de proteção individual, respiradores, entre outros –, o Ministério abriu mão desse papel. Como consequência, o Brasil figura entre os países que menos realiza testes diagnósticos⁽⁵⁾ e, também, menos protege seus cidadãos e profissionais de saúde.

O descaso e a inépcia das autoridades federais estão entre as principais causas do virtual colapso da capacidade de atendimento do SUS em importantes centros urbanos e diversos estados do país, cujas secretarias de saúde tiveram que lidar com o problema cada uma por si, literalmente. Neste quadro, foram os profissionais de enfermagem os mais expostos e sacrificados no combate à pandemia. Como o fim da pandemia ainda é imprevisível e a situação no país vem se mantendo especialmente grave, tanto em número de casos, como de mortos, a ausência de coordenação das ações pelo Ministério da Saúde continua e coloca o SUS, como um todo, sob situação de estresse, com efeitos negativos também sobre a APS, que é, no momento, o nível de atenção que menos tem tido atenção das autoridades.

A ORGANIZAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E SUA EXPRESSÃO NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA

De características incertas, a pandemia de Covid-19 trouxe à tona a necessidade de distanciamento social como um dos poucos métodos capazes de reduzir o contágio da doença e, com isso, enfrentá-la de modo mais eficaz. A ausência de imunobiológicos e medicamentos capazes de controlar uma doença respiratória de elevada infectividade parou o mundo, quer seja como estratégia de redução de novas infecções, quer seja tornando as pessoas paralisadas por assistir o colapso dos sistemas de saúde de países europeus. O mundo realmente parou.

No Brasil, não houve grandes diferenças nas graves expectativas para o adoecimento populacional, exceto por uma política do Governo Federal – especialmente, mas não exclusivamente – de construir narrativas que feriram de morte a organização do sistema de isolamento ao longo do período pandêmico. Aliada a questões de ordem biológica e de características do próprio agente patogênico, a guerra discursiva produzida por um

diminuto e barulhento grupo político tratou de acentuar o adoecimento, ampliando, sobretudo, as iniquidades sociais já experimentadas pela sociedade brasileira. Estudo recente demonstra, por exemplo, a influência da renda *per capita* populacional na capacidade de testagem no município do Rio de Janeiro, corroborando para investigações sobre outras doenças infecciosas⁽⁶⁾. Neste sentido, o *status* social passou a modular a possibilidade de acessar os serviços de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade de viver das pessoas.

Enquanto uma camada social passou pela pandemia conservando seu direito ao trabalho remoto, ao distanciamento social e acessando serviços de saúde que incluíam consultas aos leitos de terapia intensiva, outro grupo, a partir das abismais diferenças sociais, precisava enfrentar filas nos transportes públicos e ter empregos ruindo pela própria necessidade de se distanciar. As filas por leitos de terapia intensiva e por respiradores, equipamentos muito utilizados no tratamento desta doença, passou a se acentuar em muitos lugares do Brasil, inclusive nas capitais. E, por mais que tenham atingido o setor hospitalar privado, parece fundamental compreender que a coisa pública sofreu antes, mais e de modo diferente, por questões de desfinanciamento.

Se a ampliação de leitos e de acesso aos exames são temáticas urgentes, a retomada dos investimentos no SUS parece ser igualmente imprescindível. Não há como produzir respostas a uma crise sanitária de grandes proporções como a experimentada pela Covid-19 sem enfrentar o problema do (des)financiamento do sistema como uma questão central. Dito isso, é importante considerar que desde a sua criação, na década de 90, não houve, de fato, uma Política de Estado que produzisse financiamento capaz de atender às necessidades de saúde da população.

Ao contrário, o que se viu ao longo dos anos foi uma redução sistemática na transferência de recursos aos municípios, produzindo uma perversa culpabilização das mazelas de acesso aos municípios, aspecto que foi agravado pela edição da Emenda Constitucional 95 e do Teto dos Gastos, em 2016, já citados anteriormente. Com a fixação orçamentária por 20 anos, o que se observa, sob o discurso liberal, é a ideia de redução das responsabilidades do Estado sobre as necessidades dos cidadãos, ainda que contraditoriamente este mesmo Estado priorize investimentos no setor privado da saúde por meio de políticas que fomentam novos seguros. Exemplo disso foi o debate sobre a criação de seguros populares de saúde na Era Temer, entre os anos de 2016 e 2018.

Outro exemplo foi a desconstrução da Política Nacional de Atenção Básica ao longo dos anos. Enquanto de 1994 a 2012 um conjunto de dispositivos avançavam na concepção de uma APS abrangente e capaz de estimular a produção de saúde com base territorial, inclusive sob a égide do trabalho multiprofissional de saúde, a partir de 2017, o que se vê é a fragmentação destas atividades e a retomada de um atenção médico-centrada. Um exemplo deste fragmento histórico foi o percurso do município do Rio de Janeiro.

A expressiva expansão da Atenção Primária à Saúde carioca entre os anos de 2009 e 2015⁽⁷⁾ trouxe o município do Rio de Janeiro para o centro do debate nacional, produzindo uma espécie de vitrine sobre a dinâmica ideal a ser construída na Rede de Atenção à Saúde. Não à toa outros municípios do Estado copiaram este modelo, que serviu, inclusive, de debate para a atualização do regimento da APS no Departamento do Ministério da Saúde. O crescimento das contratações profissionais, inclusive de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, também foi aspecto positivo. Entretanto, o modelo trouxe efeitos deletérios ao processo, como no caso da incorporação de um sistema de contratação e gestão de recursos públicos por Organizações Sociais de Saúde (OSS). No limite, o que se viu neste aspecto foi a transferência de responsabilidades da gestão municipal para representações no grande estilo empresarial. O epíteto da transferência de responsabilidades foi a passagem, ao menos em parte, da produção de dados nos sistemas de informações para estas organizações, ou seja, uma espécie de transferência da produção de informações que auxiliam a programação de políticas públicas.

Outro aspecto que parece “problemático” foi o sistema de pagamentos por resultados implementados na ocasião. Se, de um lado, este sistema tem boas características em diversos sistemas de saúde do mundo, estimula a organização dos serviços para o alcance de resultados e desfechos positivos, por outro, ao menos

na experiência carioca, a adoção de uma gestão baseada em indicadores de processo parece ter produzido problemas. Exemplo material desta reflexão é o conjunto de indicadores praticados na época, que se voltavam ao número de exames, de consultas e visitas, e não necessariamente ao alcance de resultados. Deste modo, para esta estratégia importava menos se a incidência de câncer do colo do útero estava aumentando no território e mais o número de preventivos executados.

O que se quer refletir com isto é a mudança da lógica abrangente para a incorporação de aspectos liberais e produtivistas nas práticas profissionais, mesmo que sob o discurso de uma “APS forte e abrangente”. Este conjunto de ações facilitou ainda mais o desmonte deste ponto da rede de atenção. Seguindo a linha de raciocínio da Cobertura Universal em detrimento ao Acesso Universal à saúde, a gestão municipal para o período de 2017 a 2020 provocou uma importante redução dos equipamentos de saúde, tudo isso sob a chancela da Nova Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Por meio de um malabarismo no cálculo de cobertura, unidades que contavam com cinco equipes poderiam passar a desempenhar suas ações com menos equipes. Nessa toada, as barreiras de acesso aos serviços, que sempre foram consideradas como um importante problema para o desenvolvimento de ações de saúde, passaram a ser naturalizadas na região.

E foi justamente neste complexo cenário que o Rio de Janeiro precisou enfrentar a pior crise sanitária do último século. Deste modo, além da redução de capilaridade da rede de atenção nos últimos anos, dos atrasos salariais recorrentes e da desterritorialização da Atenção Primária, também precisou ser potente na atenção e escuta de pessoas que viviam a morte e a iniquidade sempre ao lado de casa. Por fim, pensar na reorganização da Atenção Primária no período pós-pandêmico parece passar pela compreensão da saúde como direito universal. Do mesmo modo, tal reestruturação deve contemplar a retomada de princípios basilares, como a integralidade do cuidado, a redução de iniquidades seculares aos povos e a participação da sociedade na gestão dos serviços – sempre no limite da exaustão!

REFLEXOS DA PANDEMIA NA REORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA APS

No Brasil, chegamos ao inacreditável número de mais de 1 milhão de pessoas infectadas pelo vírus e mais de 50 mil mortes e, segundo dados do COFEn, de 06/07/2020, temos 23.147 casos reportados e 239 óbitos apenas de profissionais de enfermagem no Brasil. São profissionais de saúde que adoeceram e morreram na linha de frente. São números que poderiam ter sido evitados.

O que observamos é a vida ser subordinada ao lucro. Ameaças a uma parcela da população que não teve a opção de realizar o isolamento social e continua trabalhando. Estamos falando da enfermagem, a força de trabalho na saúde que representa quase 50% destes trabalhadores, em sua maioria, mulheres.

Um perfil de trabalhadores marcados por lutas e enfrentamentos da categoria pelo reconhecimento social, por condições dignas de trabalho, pela própria definição do seu papel e seus processos de trabalho. Há anos nossas entidades profissionais lutam por condições de trabalho mais dignas, salários justos e com isonomia perante outras categorias. Pelo estabelecimento de uma jornada de trabalho adequada, pelo direito de horário e local de descanso nos plantões. Esse é o contexto histórico das lutas da enfermagem brasileira que se agravaram na pandemia.

A organização da APS no Brasil tem papel fundamental de articular ações, com a possibilidade de incluir a vida produzida nos territórios, e continuar cuidando das pessoas adoecidas de outras comorbidades, criando meios de acompanhar essas pessoas, produzindo ações de cuidado antes das pessoas agravarem ou morrerem. Nesse sentido, reorganizar esses fluxos é função da APS. Nesse reencontro das equipes, com a vida cotidiana das pessoas e suas dificuldades, vão sendo construídos sentidos e caminhos. Nessa jornada, percebe-se a necessidade de se aprender com as experiências e saberes científicos e populares.

As organizações populares – movimentos e coletivos – são fundamentais nos serviços de APS para articular e produzir processos de enfrentamento conjuntos. Esses encontros potencializam e fortalecem os grupos sociais e profissionais nas ações de enfrentamento à pandemia. Entendemos que esse é um caminho a se

construir por trabalhadores de saúde, gestores, estudantes, professores, movimentos, grupos populares, entidades, associações, conselhos e todos que se interessam pela saúde.

Quando se trata de formar enfermeiros para o exercício de sua profissão na perspectiva desinteressada, da linha de defesa entre o individual e o coletivo ou na sua prática e no ensino, haverá contradições entre o ideal, o real e o necessário, com um longo caminho a ser percorrido⁽⁸⁾. Faz-se necessário, portanto, retomar com radicalidade a ideia teórico-prática da enfermagem como prática social.

Parece-nos que há lições a aprender com os desafios que a pandemia nos coloca, que indicam a importância de compartilhar experiências e iniciativas exitosas de trabalho em equipe na APS e de construir ações em rede para apoiar e participar dos processos de organização comunitária, que já vêm acontecendo em alguns municípios, especialmente no Estado do Rio.

Por fim, temos que nos unir em ações políticas em defesa da saúde e da seguridade social como direito à vida. A pandemia tornou evidente a necessidade de sistemas públicos de saúde robustos. 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.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

As entidades científicas da área de saúde têm indicado o que pode e deve ser feito em relação às normas internacionais na pandemia; entretanto, sem acesso aos serviços de saúde, tememos que a situação se agrave para todos, principalmente para quem está na linha de frente dos serviços de saúde: os profissionais de enfermagem.

Mais do que a falta de equipamentos e condições adequadas para o desempenho das atividades, faz-se necessário e urgente buscar compreender, caracterizar e analisar criticamente as repercussões sobre o trabalho em saúde e da sua subordinação aos princípios do capital. Tais princípios foram abordados, aqui neste capítulo, apenas superficialmente e devem ser considerados no contexto sociopolítico, para além do trabalho da enfermagem, e na perspectiva de pós-pandemia, no nível de atenção primária à saúde no país.

Ao tentar responder às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores, objeto de nossa reflexão neste capítulo, entendemos a importância de nos debruçarmos sobre as formas de articulação entre os problemas de saúde e os problemas sociais, visando ao seu enfrentamento.

São décadas de desvalorização social do trabalho da enfermagem. São anos de descaso com o sistema de saúde. São questões estruturais e estruturantes da nossa sociedade colonizada. Obviamente, a precarização e os riscos intensificariam-se com a pandemia. Que esse tempo de pandemia nos traga como aprendizado mais solidariedade, mais força para as lutas e compreensão tanto para o trabalho coletivo quanto para os fenômenos em saúde, no desenvolvimento de ações e serviços baseados em conhecimento científico, adotando medidas assertivas de escopo e escala baseadas em evidências, com a devida valorização do setor público e, conseqüentemente, da enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 que altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 2019 Sept 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Sept 20]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>
2. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018; 42(spe1):275-88. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s118>
3. Vieira FS, Santos IS, Reis CO, Rodrigues PH. A. Políticas Sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: CEBES; 2018.

4. Ney MS, Gonçalves CA. G. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; 30(3), e300301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300301>
5. University of John Hopkins & Medicine. Coronavirus Resource Center. International Comparison of Positivity Rates and Tests Per Capita. [cited 2020 Jul 05]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/testing/international-comparison>
6. Rafael RMR, Neto M, Depret DG, Gil AC, Fonseca MHS, Souza-Santos R. Effect of income on the cumulative incidence of COVID-19: an ecological study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020[cited 2020 Jun 30]; 28:e3344. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4475.3344>.
7. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016[cited 2020 Jul 06]; 21(5):1327-1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>
8. Cunha CLF, Souza IL. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Cunha CLF, Souza I, organizadores. *Guia prático para o enfermeiro na Atenção Primária à saúde*. Curitiba: CRV, 2017. p. 13-28.



O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA*, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Sandra Rejane Soares Ferreira^I

ORCID: 0000-0003-2742-3700

Scheila Mai^{II}

ORCID: 0000-0003-1800-0140

Lisiane Andréia Devinar Périco^{III}

ORCID: 0000-0002-5787-1590

Vania Celina Dezoti Micheletti^{IV}

ORCID 0000-0003-1254-7479

^IGerência de Saúde Comunitária
do Grupo Hospitalar Conceição.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e
Programa PROADI/SUS no Hospital Moinhos de Vento.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III,IV}Membros do Departamento Científico
de Enfermagem na Atenção Primária
à Saúde da ABEn-Seção RS.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^VUniversidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Sandra Rejane Soares Ferreira
E-mail: sandransfer@gmail.com



RESUMO

Objetivo Geral: Refletir sobre a organização do processo de trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde (APS) frente à pandemia da Covid-19. Objetivos específicos: identificar mudanças e readequações no processo de trabalho e descrever iniciativas adotadas na (re)organização do processo de trabalho, com destaques para a atenção à saúde mental, o exercício da *advocacy* em saúde e o uso de tecnologias para consulta e acompanhamento remoto da população.

Método: Estudo reflexivo de abordagem qualitativa. As questões apontadas para a reflexão foram construídas com base na literatura, e nos relatos de experiências de profissionais que estão na linha de frente do atendimento à Covid-19, publicados nos Boletins do Departamento de APS da Associação Brasileira de Enfermagem-seção Rio Grande do Sul (ABEn-RS), mediante a anuência da comissão editorial.

Resultados: Identifica-se que as enfermeiras têm se (re)inventado para manter sua atuação com competência, tanto em seu papel educativo e de promoção da saúde, quanto na prevenção de doenças e agravos, com objetivo de realizar novos cuidados relacionados à Covid-19 e assegurar a continuidade das ações próprias da APS.

Considerações: É necessário manter a permanente reflexão sobre o escopo de atuação das enfermeiras na APS e suas contribuições na atenção à saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente neste período de pandemia.

Descritores: Enfermagem de Atenção Primária, Enfermeiras de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Infecções por coronavírus, Pandemias.

*O uso do substantivo enfermeira, no feminino, foi uma opção das autoras pela democracia de gênero, tendo em vista que a categoria profissional é composta de forma majoritária por mulheres.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base para o desenvolvimento de sistemas de saúde com alto nível de resolutividade, por atender às necessidades individuais/ familiares e coletivas em termos de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e também ações de vigilância em saúde⁽¹⁾. Assume ações estratégicas considerando a realidade do seu território de abrangência, não sendo diferente neste momento de crise sanitária mundial ocasionada pela pandemia da Covid-19. No Brasil, historicamente, a APS tem sido estratégica na agenda da saúde e sua capilaridade vem sendo utilizada no combate ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) com o objetivo de prover acesso à informação e atenção à saúde para a população⁽²⁾.

O cenário da APS brasileira, em seus 26 estados e Distrito Federal, é extremamente diverso quanto à estrutura dos serviços e à capacidade de prestar atenção à saúde para a população. A APS está presente nos 5.570 municípios brasileiros e, considerando as especificidades do sistema de saúde, é fundamental discutir o seu lugar no enfrentamento da pandemia, bem como o processo de (re)organização das unidades de saúde face aos desafios impostos, pois estudos⁽³⁾ indicam que cerca de 80% dos casos da Covid-19 serão leves ou moderados e grande parte dessa população vai procurar a rede básica de saúde para receber orientações e cuidados⁽²⁾. O Brasil tem dimensões continentais e grandes desigualdades socioeconômicas, colocando uma parte significativa da população em estado de vulnerabilidade, tanto para o contágio e acesso aos serviços, quanto para os impactos econômicos negativos⁽⁴⁾. O país possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Mesmo com estes entraves, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos que a destacam em âmbito internacional⁽⁵⁾.

Sendo a APS potente na redução das iniquidades em saúde⁽⁶⁾, deve ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor da saúde à pandemia, dado seu alto grau de capilarização em território nacional e alcance de uma parcela expressiva da população mais exposta a riscos devido às suas condições de vida⁽⁵⁾. Esta crise na saúde não se resume a uma questão sanitária, mas possui relação estreita com os campos político, social e econômico, que exigem um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus⁽⁵⁾. Embora essas questões políticas, sociais e econômicas permeiem e determinem muitos aspectos do contexto de trabalho em saúde, não será possível aprofundar esta temática neste capítulo, cujo objetivo geral é refletir sobre a organização do processo de trabalho da enfermeira na APS frente à pandemia da Covid-19. E os seus objetivos específicos são: identificar mudanças e readequações no processo de trabalho da enfermeira; descrever iniciativas adotadas na (re)organização do processo de trabalho no contexto da pandemia, com destaques para a atenção à saúde mental, o exercício da *advocacy* em saúde e o uso de tecnologias para consulta e acompanhamento remoto da população.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo reflexivo de natureza qualitativa utilizando-se a técnica de pesquisa documental. Para construir as reflexões foram utilizadas a revisão da literatura e, como fonte documental, os relatos de experiências de profissionais que estão na linha de frente do atendimento da Covid-19 publicados nos Boletins Eletrônicos do Departamento de APS da Associação Brasileira de Enfermagem-seção Rio Grande do Sul (ABEn-RS), mediante a anuência da comissão editorial do Boletim.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Implicações da pandemia da Covid-19 para o processo do trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde

Tem sido um grande desafio (re)organizar o processo de trabalho da enfermagem na APS no cenário de crise sanitária da Covid-19. Nos municípios afetados pelo SARS-CoV-2, houve a necessidade de mudanças no processo

de trabalho das equipes de saúde e diversas ações que vinham sendo desenvolvidas tiveram que ser readequadas, utilizando-se de novas estratégias de abordagem para um contato seguro com a população. Entretanto, independente da pandemia, as demandas em saúde da população continuaram existindo e foram ficando, muitas vezes, represadas, podendo desencadear num futuro próximo o agravamento das condições de saúde de um grande número de pessoas. Ainda, fez-se necessário intensificar cuidados de biossegurança e, para isso, os serviços de saúde precisaram (re)adequar suas áreas físicas e ofertar equipamentos de proteção individual (EPIs) para poderem manter as ações necessárias com proteção individual e coletiva no ambiente de trabalho.

No trabalho em equipe multidisciplinar na APS, os profissionais têm as suas atribuições específicas (núcleo de saber) definidas, assim como aquelas que são comuns a todas as profissões. Nessa premissa, rompe-se com a prática individualizada, onde o saber fazer específico da enfermeira está imbricado nas diversas atividades desenvolvidas pela equipe. Portanto, é complexo falar do processo de trabalho da enfermeira da APS sem abordar diversas atividades que desenvolve de forma conjunta com a equipe, nos diversos campos de atuação.

A Fiocruz⁽⁷⁾ destaca quatro campos de atuação para as equipes da APS (vigilância à saúde, promoção da saúde, cuidado às pessoas e às famílias, gestão compartilhada do cuidado) nos quais se sobrepuseram as necessidades em saúde relacionadas à Covid-19. Estes campos evidenciam como as diretrizes do trabalho na APS podem ser estratégicas e efetivas no combate à disseminação do SARS-CoV-2 e, também, podem direcionar e orientar as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a pandemia. A ausência de tratamento específico ou de vacina delineou um cenário de atuação na perspectiva da educação em saúde, da identificação, rastreamento e isolamento de casos, do monitoramento e do distanciamento social, associados à necessidade de revisão constante das prioridades “*sob pressão*”, devido à velocidade com que a pandemia se desenvolveu, e à necessidade da manutenção de cuidados usualmente realizados⁽⁷⁾.

Considerando os quatro campos de atuação destacados e as dimensões assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa relacionados ao trabalho desenvolvido, as enfermeiras na APS, em conjunto com os outros profissionais das equipes de saúde, estão sendo desafiadas a repensar o processo de trabalho, de forma que os serviços de saúde possam continuar a dar respostas às necessidades em saúde da população, o que inclui a criação de novas atividades e a (re)invenção da forma de realizar as ações cotidianas.

(Re)organização do processo de trabalho da enfermeira na Atenção Primária à Saúde frente à pandemia da Covid-19: relatos de experiências

Pretende-se, nesta seção, apontar reflexões acerca da influência da pandemia no processo de trabalho das enfermeiras da APS do Rio Grande do Sul (RS), sinalizando como tem se dado a (re)organização das ações existentes e as que surgiram por consequência da Covid-19, respondendo às necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/comunidades. O Departamento de Atenção Primária da ABEn-RS tem promovido, através do seu Boletim Informativo Eletrônico, um espaço para publicação de experiências de trabalho das enfermeiras e suas equipes frente à pandemia da Covid-19, como uma forma de oferecer visibilidade e compartilhamento das novas formas de atuação constituídas para o enfrentamento da doença. As publicações *online* permitiram o conhecimento de diversas ações que foram desenvolvidas, tanto em relação à pandemia, quanto para manter ações cotidianas da APS com a necessária proteção, evitando a exposição tanto do profissional, quanto da população. As ações descritas nos Boletins foram implementadas por enfermeiras em várias localidades do Rio Grande do Sul, tendo sido positivamente avaliadas em seus resultados durante o processo, permitindo, assim, o seu compartilhamento.

Nos relatos de experiência, protocolos, recomendações e artigos publicados neste período, observa-se que as modificações no processo de trabalho que precisaram ser instituídas foram construídas gradativamente, baseadas em um conhecimento científico ainda incipiente sobre o comportamento do SARS-CoV-2 nas populações e nas possibilidades de abordagens e de cuidados a serem instituídos. Este conhecimento foi sendo rapidamente constituído e constantemente modificado ao longo da pandemia, equivalendo-se a uma expressão figurativa de linguagem de estar “*trocando o pneu do carro com o carro em movimento*”, que pode ser identificada nas falas dos

relatos de experiência “[...] vivemos dias atípicos, as informações chegam e se modificam rapidamente para darmos conta do cenário mutável que é o enfrentamento desta pandemia [...]”⁽⁸⁾; “[...] a Enfermagem está comprometida com o cuidado da saúde da população adaptando-se as constantes mudanças [...]”⁽⁸⁾.

A atuação das enfermeiras na APS em resposta à situação da pandemia da Covid-19 tem se dado com muita competência, especialmente seu papel educativo, de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, conforme podemos identificar nos relatos: “[...] pelo protagonismo que tem assumido na organização do ambiente, no reordenamento dos processos de trabalho [...] atua na disseminação das medidas educativas de prevenção e contenção da pandemia à população [...]”⁽⁸⁾; “[...] a enfermeira assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões [...]”⁽⁸⁾.

As enfermeiras precisaram se (re)inventar no seu processo de trabalho, o novo contexto gerou a necessidade de elaborar e implantar novos fluxos e rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re)organizar a gestão do cuidado, (re)estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da Covid-19, monitorar os casos da doença em isolamento domiciliar e seus familiares, assim destacados no relato: “As enfermeiras tiveram um papel importante na liderança das equipes para a organização e a permanente revisão dos fluxos de trabalho de forma a prevenir o risco de contágio [...]”⁽⁹⁾.

Além das ações de vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que foram direcionadas à Covid-19, foi necessário conhecer, se apropriar e incorporar novas ferramentas de comunicação úteis no processo de cuidado, ou seja, (re)programar as demandas frequentes da agenda da unidade para manter o cuidado e monitoramento de pessoas com condições crônicas de saúde (hipertensos, diabéticos, saúde mental, asma, gestantes, crianças, entre outros), ainda monitorar as condições agudas prevalentes no território e, por fim, articular atividades intersetoriais necessárias para prestar a atenção integral às demandas rotineiras e novas da comunidade, preocupações essas evidenciadas nos relatos das enfermeiras: “[...] não podemos esquecer, que a nossa atividade, o nosso cuidado transcende as atividades relacionadas ao “vírus” [...]”⁽⁸⁾; “[...] teremos embates simultâneos, como por exemplo, a gripe A, os casos de dengue, entre outros que continuam necessitando de ações dos serviços de saúde [...]”⁽⁸⁾.

Podemos identificar, pelos relatos de experiências das enfermeiras do Estado do RS, que elas têm se (re)organizado com diferentes estratégias nos campos de atuação da APS. Faremos destaque de algumas dessas estratégias:

- Abordagem na porta dos serviços de saúde: “A atuação da enfermagem tem sido crucial na porta de entrada dos serviços para identificação precoce de sintomáticos respiratórios e resposta ágil às suas necessidades [...]”⁽⁸⁾.
- Vacinação no *drive-thru*, espaços externos à estrutura da UBS, e em domicílios: “[...] outra inovação, neste ano, foi a vacinação no sistema Drive Thru, que possibilita a vacinação das pessoas, sem sair do carro, garantindo o distanciamento social, reforçando a intenção de evitar ao máximo a aglomeração em meio à pandemia do coronavírus [...]”⁽⁸⁾; “[...] vacinação em espaços ao ar livre nas unidades de saúde e a vacinação dos acamados no domicílio [...]”⁽⁸⁾.
- Organização de ambientes/espaços das Unidades Básica de Saúde, separando os sintomáticos respiratórios das demais demandas (área limpa e área contaminada): “[...] realizar o acolhimento e identificação dos sintomáticos respiratórios que chegam ao serviço passou a ser prioritário para ofertar máscaras cirúrgicas, direcioná-los para um local previamente identificado como isolamento [...]”⁽⁸⁾; “[...] organizar o ambiente distanciando os sintomáticos respiratórios dos demais usuários, evitando a disseminação dos vírus no serviço de saúde e reduzindo o risco de contaminação [...]”⁽⁹⁾; “[...] organização para que o atendimento a estes usuários sem sintomas respiratórios ocorra em sala e local separado do fluxo dos sintomáticos respiratórios [...]”⁽⁹⁾.
- Composição no Comitê de Contingenciamento da COVID-19: “[...] comitês reunindo profissionais de áreas estratégicas para a resposta à pandemia com representantes da enfermagem [...]”⁽⁸⁾.

- Orientação sobre o uso adequado e racional de EPIs e gestão de materiais: “[...] orientação da equipe sobre o uso correto dos EPIs, também tem sido um papel importante desenvolvido pelas enfermeiras [...]”⁽⁸⁾; “[...] atuamos para promover o uso racional de EPIs [...]”⁽⁸⁾; “Cabe pontuar dentro deste cenário que as(os) enfermeiras(os) ficam responsáveis por toda gestão de materiais e de equipamentos de proteção individual na unidade [...]”⁽⁹⁾.
- Realização de testes para Covid-19: “[...] os exames eram coletados na unidade e encaminhados ao laboratório [...]”⁽⁸⁾.
- Identificação de novos recursos comunitários: “[...] adaptação ao atendimento das consultas de pré-natal durante a pandemia da Covid-19 [...] uma moradora do território que tinha um apartamento vazio cedeu o lugar para que a equipe pudesse utilizar o espaço para realizar as atividades relacionadas ao pré-natal [...]”⁽⁹⁾.
- Utilização de diferentes ferramentas de cuidado e monitoramento: “[...] realizamos o telemonitoramento, para acompanhar a cada 48 horas a evolução dos casos [...]”⁽⁹⁾; “[...] para melhor assistir às gestantes [...] foi criado um grupo de gestantes no aplicativo WhatsApp, onde as profissionais esclarecem as dúvidas, divulgam materiais informativos e as próprias gestantes têm a oportunidade de trocar experiências entre si [...]”⁽⁹⁾; “[...] elaboração de materiais educativos como folders, vídeos, flyer para serem distribuídos a comunidade e divulgados nas redes digitais de comunicação”⁽⁹⁾.

A epidemia levou Ministério da Saúde e os Conselhos Profissionais a realizarem rapidamente mudanças no arcabouço legal que rege a prática de telessaúde no país. O Conselho Federal de Enfermagem emitiu resolução⁽¹⁰⁾ reconhecendo a necessidade do uso pela enfermagem de ferramentas virtuais no intuito de orientar, encaminhar e monitorar pessoas suspeitas ou com exames positivos para o coronavírus, entre outros problemas de saúde. Houve rápida implementação, evidenciada nas falas: “[...] hoje a atuação da enfermeira na UBS está centrada [...] em consultas de enfermagem por tele consulta ou presencial quando se fizer necessário [...]”⁽⁸⁾; “[...] através desse novo desafio observou-se a importância do profissional enfermeiro estar atuando frente à teleconsultoria [...]”⁽¹¹⁾.

O atendimento remoto mediado por tecnologias digitais pode ser uma ferramenta importante nos casos de pessoas com níveis de ansiedade elevados e/ou sintomas sugestivos de Covid-19 brandos ou com gravidade moderada. O trabalho por meio das tecnologias virtuais pode ajudar a garantir a longitudinalidade do cuidado durante a pandemia da Covid-19, sobretudo para as pessoas mais vulneráveis, com comorbidades, especialmente aquelas com problemas de saúde mental, as quais precisam conversar, mesmo que *online*, com o profissional que já conhece sua condição de saúde e no qual elas confiam⁽²⁾.

Destaca-se que a pandemia da Covid-19 pode desencadear e/ou potencializar e/ou agravar o sofrimento psíquico dos usuários e dos profissionais de saúde. Vários serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão com o atendimento restrito para evitar aglomerações de pessoas, tendo em vista que a terapêutica e o acompanhamento desse público se dão, em sua maioria, por meio de atendimentos de grupos terapêuticos. Nesse cenário, várias demandas de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) migraram para a APS e isso exige atenção especial no processo de acolhimento, da escuta qualificada e da promoção do cuidado integral dos usuários. Segundo relato de enfermeiras que estão na APS/RS, “[...] o número de casos referente à ansiedade, depressão, transtorno de adaptação, síndrome do pânico, violência doméstica e uso de substâncias psicoativas, vem aumentando nas unidades [...]”⁽¹¹⁾. Nesse contexto, a enfermeira e a equipe de saúde precisam conhecer os sinais e sintomas desses problemas/necessidades a fim de fazer a abordagem adequada, o acompanhamento e encaminhamento, quando necessário. A conexão entre a rede de saúde mental e APS é essencial para ampliar e qualificar o cuidado do usuário de forma integral, fortalecendo a rede de saúde.

No RS iniciativas como o atendimento remoto foram adotadas para minimizar o dano na saúde mental de usuários e profissionais de saúde. Algumas equipes de saúde, coordenadas por enfermeiras, estão adotando o monitoramento desses usuários de diversas formas, por meio de mensagens pelo aplicativo WhatsApp,

uso das redes sociais, envio de *podcast* com orientações de cuidados com a saúde física e mental⁽¹¹⁾. Algumas dessas ações também vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, entre elas, o teleatendimento psicológico para os profissionais de saúde e usuários⁽¹²⁾. Esse meio de comunicação permite, na maioria das vezes, interagir com esses usuários, promovendo o cuidado e prevenindo um dano maior.

As visitas domiciliares permanecem acontecendo em alguns municípios de forma potente, mas com algumas restrições, devido às medidas de distanciamento social recomendadas pelas autoridades de saúde. Outras práticas fortalecidas por enfermeiras da APS no atendimento aos usuários de saúde mental são as Práticas Integrativas Complementares (PICs). Neste momento de pandemia tem-se buscado e potencializado o uso da auriculoterapia, acupuntura, técnicas de relaxamento, yoga, entre outras. Relatos de enfermeiras têm demonstrado um resultado positivo na adesão às PICs, levando em consideração que essas práticas promovem o acolhimento e a escuta qualificada, além de fortalecerem o vínculo com o usuário⁽¹³⁾.

Para além das estratégias citadas tendo a enfermagem como protagonista das ações, destacam-se aquelas que tiveram a (co)participação das enfermeiras, como: remanejamento de alguns atendimentos (ex.: pré-natal e puericultura) da UBS para um centro de atendimento, prevenindo o menor contato possível de SR. Organização de um Centro de Atendimento para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade clínica, econômica e/ou social, onde os usuários recebem alimentação, medicação, orientações sobre medidas de higiene e conforto e de isolamento, uso de máscara, lavagem das mãos, entre outros cuidados e, também, escuta qualificada interprofissional durante a estadia⁽⁹⁾.

O contexto do desenvolvimento da pandemia no Brasil revelou-se, igualmente, um campo fértil para o exercício da *advocacy* (defesa e argumentação em favor de uma causa para influenciar a criação de políticas públicas efetivas) em saúde pelas enfermeiras da APS. A necessidade primordial do isolamento social como forma de controle da doença, na ausência de tratamento ou vacina, evidenciou as vulnerabilidades produzidas pelas diferenças sociais presentes na realidade do país e que necessitam cotidianamente ser inseridas no planejamento do cuidado em saúde pelas enfermeiras. No trabalho das enfermeiras da APS ações relacionadas à *advocacy* em saúde incluem, por exemplo, proteger o usuário contra intervenções que ele não deseja realizar ou capacitá-lo para realizar escolhas e tomar decisões no que compete aos seus cuidados, entre outros. Por isso, a orientação e a educação em saúde podem ser entendidas como um método de advogar em prol do usuário, porque esclarecem inúmeras dúvidas que surgem durante um atendimento, seja presencial ou remoto, no domicílio, na consulta de enfermagem, em campanhas de saúde, por exemplo, assegurando que ele seja suficientemente informado para realizar a tomada de decisão com autonomia quanto aos seus cuidados⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, destacam-se iniciativas como a confecção de sabão para possibilitar acesso à higienização das mãos; um consultório sendo adaptado a um estúdio com informações diárias à comunidade (via WhatsApp), além da elaboração de muitos materiais educativos que foram divulgados de diferentes formas⁽⁹⁾. Estas ações têm sido pontos-chave para que a população entenda a necessidade e importância do isolamento social, da proteção dos idosos e portadores de doenças crônicas, bem como de medidas de higienização, uso de máscaras e etiqueta respiratória. A promoção da saúde, com ênfase na abordagem comunitária, ações coletivas nos territórios, por meio da comunicação e educação em saúde e da articulação de redes de apoio comunitárias e de ações/programas sociais, tem sido fundamental durante a pandemia⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre quanto tempo persistirá a pandemia da Covid-19 ainda não está disponível, portanto, é necessário que a APS seja capaz de manter seus processos de (re)invenção das formas de prestar atenção integral aos usuários e o acompanhamento qualificado em todo o ciclo vital, com ações de prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. São tempos incertos que exigem o fortalecimento das redes de atenção à saúde. O SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, e a capilaridade dos seus serviços pelo território

nacional, tem potencialidade para lidar com esta pandemia⁽¹⁵⁾.

Vários questionamentos se apresentam como desafios que precisam ser enfrentados no contexto da pandemia. Por exemplo: Como orientar a realização do isolamento domiciliar para pessoas que vivem agrupadas em locais muito pequenos, com poucos cômodos e ausência de acesso à água potável? Como realizar educação em saúde baseada em evidências científicas com a grande permeabilidade de *fake news* promovendo deseducação através de redes sociais? Como promover ações de adesão ao isolamento social com o imperativo da necessidade econômica sendo imposta às populações? Estas e outras questões tornam fundamental a necessidade de *advocacy* a favor dos usuários e comunidades, realizando a defesa das políticas públicas já estabelecidas e da formação de ambientes saudáveis^(16,17), atuando para a criação de novas políticas protetivas da saúde da população, promovendo o acesso à informação científica correta e sobre os direitos já instituídos e como acessá-los, entre outras iniciativas e ações. Vale ressaltar que a realização da *advocacy* em saúde exercida pelas enfermeiras representa uma tarefa difícil, de dilemas éticos, de conflitos com a realidade que limitam a autonomia e desempenho do profissional, uma vez que essas ações são insustentáveis, sofrem influência das relações entre os profissionais (de diferentes classes ou não), da individualidade de cada usuário e do ambiente no qual estão inseridos⁽¹⁸⁾, do contexto de (ins)estabilidade política do país e de liderança (ou da falta de) dos gestores.

Assegurar a continuidade das ações próprias da rotina da APS simultaneamente com a realização dos novos cuidados para o enfrentamento da COVID-19 tornou-se um desafio e, por vezes, um dilema. A facilidade de contágio do vírus, o alto potencial de propagação da doença em espaços fechados e a necessidade de se evitar uma busca em massa pelos serviços de saúde nas fases iniciais da epidemia tensionaram os serviços para a busca de alternativas nas formas de cuidado e tornaram o atendimento remoto mediado por tecnologias digitais uma estratégia de cuidado fundamental, possibilitando que os usuários tenham informação qualificada e em tempo oportuno de como proceder⁽¹⁹⁾ em âmbito individual, familiar e comunitário, tanto em condições associadas à pandemia do SARS-CoV-2, quanto nos cuidados usuais de saúde que são realizados pela APS.

Espera-se que os tópicos apresentados neste capítulo possam contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho da enfermeira na APS em situações de crise sanitária como a que estamos vivendo nesta pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2020 Jun 27]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. COSEMS/SP, 2020. [cited 2020 Jun 27]. Available from: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
3. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). China, 2020[J]. China CDC Weekly, 2020, 2(8): 113-122. [cited 2020 Jun 27]. Available from: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
4. ABRASCO. Rede de Pesquisa em APS. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório do Seminário Virtual da Rede APS Abrasco. Abril de 2020. [cited 2020 Jun 27]. Available from: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 June 08] 29(2): e2020166. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903%20
6. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. PLoS Med [Internet]. 2017 May [cited 2020 June 15];14(5):e1002306. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal>

pmed.1002306

7. Fiocruz. Observatório Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. [Internet]. Maio de 2020. [acesso 2020 Junho 08] Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf
8. Boletim Informativo Bimensal [Internet]. Porto Alegre-RS: Departamento de Atenção Primária à Saúde; abril 2020. [Internet]. Edição Especial Coronavírus 1, ano 3; [revised 2020 Jun 27; cited 2020 Jun 27]; [1-13]. Available from: <https://aben-rs.org.br/edicao-especial-do-boletim-do-daps-coronavirus/>
9. Boletim Informativo Bimensal [Internet]. Porto Alegre-RS: Departamento de Atenção Primária à Saúde; junho 2020, [Internet]. Edição Especial Coronavírus 2, ano 3; [revised 2020 Jun 27; cited 2020 Jun 27]; [1-13]. Available from: <https://aben-rs.org.br/segunda-edicao-especial-do-boletim-do-daps-coronavirus/>
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 634/2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). [Internet]. Brasília: COFEN, 2020. [cited 2020 Jun 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
11. Boletim Informativo Bimensal [Internet]. Porto Alegre-RS: Departamento de Atenção Primária à Saúde; maio 2020, [Internet]. Edição nº3, ano 3; [revised 2020 Jun 27; cited 2020 Jun 27]; [1-13]. Available from: <https://aben-rs.org.br/boletim-de-maio-do-daps-aben-rs-faz-homenagem-a-enfermagem/>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde garante suporte psicológico aos profissionais do SUS. [Internet]. [cited 2020 Jun 22]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46767-ministerio-da-saude-garante-suporte-psicologico-a-profissionais-do-sus>
13. Gerbaldo TB, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, [Internet], 16(3), 1079-1094. Epub 02 de agosto de 2018. [cited 2020 Jun 20]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462018005005104&lng=pt&nrm=iso
14. Mogario ACD, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM, Oliveira ACC. Nursing actions in practicing inpatient advocacy in a burn unit. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 20]; 49(5):811-18. Available from: <http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/103379/101841>
15. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]; 29:e20200106. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100201&script=sci_arttext&tlng=pt
16. Cestari VRF, Florenciol RS, Moreira TMM, Pessol VLMP, Barbosa IV, Lima FET, et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 10]; 69(6):1195-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1195.pdf>
17. Neutzling BRS, Barlem JG, Barlem ELD, Hirsch CDH, Pereira LA, Schllenberguer CD. Defending the rights of children in a hospital setting: nurses' advocacy in health. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 10]; 21(1): e20170025. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/en_1414-8145-ean-21-01-e20170025.pdf
18. Tomaschewski-barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. Rev Latino-Am Enferm. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 10]; 23(4):669-76. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2814/281442224014/>
19. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. Lancet [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 June 08]; 395 (10227): 859. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30424-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30424-4/fulltext)



PROTEÇÃO E BIOSSEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19

Rosalina Aratani Sudo^I

ORCID: 0000-0002-2206-6671

Idenise Vieira Cavalcante Carvalho^{II}

ORCID: 0000-0003-4326-5773

Oswaldo Peralta Bonetti^{III}

ORCID: 0000-0002-3509-6351

Adriano de Oliveira^I

ORCID: 0000-0003-1393-303X

Maria Aurení de Lavor Miranda^I

ORCID: 0000-0002-0705-3397

Leila Bernarda Donato Göttems^{IV}

ORCID: 0000-0002-2675-8085

^{I,IV,V} Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{II} Câmara dos Deputados.

Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{III} Fundação Oswaldo Cruz.

Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{VI} Universidade Católica de Brasília.

Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{III,IV,VI} Membros do Departamento Científico de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn seção DF.

Autor Correspondente:

Rosalina Aratani Sudo

E-mail: rosalinasudo@gmail.com



RESUMO

Objetivo: refletir acerca dos requisitos essenciais de biossegurança e contribuir com a prática e o autocuidado dos profissionais de enfermagem que atuam na ABS na atual pandemia.

Método: Trata de um estudo descritivo, de reflexão teórica, desenvolvido a partir dos protocolos clínicos nacionais e internacionais e portarias disponíveis sobre o tema.

Resultados: Importância e necessidade da proteção e biossegurança do profissional de enfermagem no desenvolvimento das ações na atenção básica, tipos de EPI's e sua adequada utilização e importância das capacitações para utilização.

Considerações finais: Os enfermeiros que atuam na atenção básica exercem papel estratégico na organização do processo de trabalho e conseqüentemente na utilização dos EPI's necessários e existentes para a execução do trabalho.

Descritores: Equipamento de proteção individual, atenção básica, acolhimento à covid-19.



INTRODUÇÃO

A Covid – 19 se alastra rapidamente devido ao alto poder de contágio, quadro agravado pela inexistência de vacinas e medicamentos efetivos. Nesse sentido, prevenir o contágio é a maneira mais eficaz de combatê-la, para tanto, além do necessário isolamento social, o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é de fundamental importância para os profissionais de saúde. Por óbvio, em epidemias de doenças altamente infecciosas, como as síndromes respiratórias agudas graves, os profissionais de saúde estão expostos a um risco de contaminação muito maior do que comumente está exposto. (Verbeek *et al.*, 2020).

Em função do alto poder de contágio do novo Coronavírus, transmitido pelo contato físico, pela exposição à aerossóis e gotículas expelidas na saliva, as quais podem persistir por horas ou dias em diversas superfícies, este tema ultrapassou os espaços da saúde e se tornou um ponto de reflexão e disseminação de informação no Brasil e no Mundo (BRASIL, 2020). Devido ao pouco tempo de identificação, ainda temos significativo desconhecimento sobre o comportamento da doença em sua integralidade.

Um ponto ainda bastante polêmico é a incidência de casos de contaminação via pacientes com resultados de exames positivos para a Covid – 19, mas assintomáticos. Embora não saibamos o percentual desta incidência, é preciso considerar que segundo dados da OMS e derivados de pesquisas em curso no mundo, um percentual significativo das transmissões do novo coronavírus pode ocorrer por meio de pessoas assintomáticas, fato que eleva a importância do isolamento social (Kerkhove, 2020). Esse dado destaca a importância dos protocolos clínicos e do uso adequado dos EPIs, por questões de autocuidado, como também, cuidado aos pacientes. Isto porque os profissionais de saúde têm maior capacidade de contaminação do que a população em geral, especialmente aqueles que estão na linha de frente prestando o cuidado à população, pela alta exposição a que estão submetidos nos diferentes contextos do cuidado nos serviços de saúde (Sant’Ana *et al.*, 2020).

A escassez de EPIs é um fato vivenciado mundialmente e no Brasil se apresenta com maior criticidade e incidência em função da inexistência de uma política de enfrentamento adequada, por parte da gestão federal da saúde, conforme denúncias cotidianas nos veículos de comunicação. No fim da primeira quinzena do mês de junho, o Brasil já ocupava o lamentável lugar de recordista mundial em número de óbitos a cada 24 horas e de contaminações de profissionais de enfermagem no mundo. Ademais, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), até o dia 19 de junho de 2020, mais de 200 profissionais de enfermagem tinham perdido suas vidas. Tais dados explicitam a importância do desenvolvimento de competências técnicas de forma ágil, do fortalecimento das organizações profissionais e civis para superar o silenciamento frente à cultura autoritária que toma conta da política no país. O momento atual nos traz o imperativo ético de exercício da cidadania entre os profissionais de saúde, além da competência técnica, reivindicando e denunciando a falta de EPI aos trabalhadores da saúde e as precárias condições de trabalho as quais estamos submetidos. (Sant’ana *et al.*, 2020).

Com a pandemia, em função da dramaticidade dos casos graves, os olhares das mídias estão concentrados no debate científico em torno dos serviços hospitalares. Contudo, já existe conhecimento acumulado em relação à efetividade da Atenção Básica à Saúde (ABS) no enfrentamento da pandemia, na medida em que é na rede de unidades básicas de saúde que são realizados os cuidados e as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, nos diferentes territórios onde as pessoas vivem, convivem e se relacionam, em especial aqueles em situação de maior vulnerabilidade sócio sanitária ou de iniquidades em saúde.

Temos uma cultura forjada no conhecimento da infectologia, que nas situações ditas de normalidade sanitária, podemos ter uma postura mais flexível nos serviços de ABS em relação ao uso dos EPIs do que no meio hospitalar. Inclusive, sendo a ABS referenciada na promoção de vínculos efetivos entre profissionais e usuários, em busca de diminuir barreiras e construir relações mais horizontais, muitos profissionais costumemente evitam até mesmo o uso do jaleco branco. Contudo, em uma situação pandêmica, é preciso redobrar a importância do uso dos EPIs na ABS. Esta reflexão e as evidências que têm sido compartilhadas,

apontam para um longo período de enfrentamento da pandemia, mesmo após o “achamento da curva” de infecção, o que requer a reinvenção dos processos de trabalho e das práticas profissionais.

Neste cenário, a Associação Brasileira de Enfermagem apresenta algumas contribuições para a maior força de trabalho do SUS, por meio deste E-Book. A sua elaboração foi embasada no conhecimento de Enfermagem acumulado, nos protocolos clínicos nacionais e internacionais disponíveis sobre o tema dos EPIs nos serviços de Atenção Básica.

Na feitura deste material procuramos considerar as múltiplas inserções da enfermagem na atenção básica: a gestão de serviços, das redes e dos territórios; diretamente no cuidado à população; como educadores na promoção da saúde; como docentes e tutores de profissionais em formação. Cada uma destas dimensões da prática da enfermagem na atenção básica está profundamente implicada com o enfrentamento da Covid – 19. O momento requer um nível de conhecimento e acesso à informação efetiva e qualificada que devem ser contextualizados em cada uma das diferentes inserções e espaços nos quais estamos inseridos. Este capítulo tem por objetivo refletir acerca dos requisitos essenciais de biossegurança e contribuir com a prática e o autocuidado dos profissionais de enfermagem que atuam na ABS na atual pandemia.

MUDANÇAS DAS PRÁTICAS DE BIOSSEGURANÇA COMO MEDIDA DE PRECAUÇÃO DAS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS NO CONTEXTO DA ATUAL PANDEMIA

A ocorrência de uma pandemia por síndrome respiratória aguda com a velocidade de contaminação como a da Covid – 19, exige uma adaptação rápida dos processos de trabalho com pelo menos duas direções: a proteção dos profissionais para que evitem se contaminar e com isto reduzir a capacidade de resposta do sistema de saúde; o cuidado direto e coletivo da população que apresenta sintomas da doença e as potencialmente contaminadas e assintomáticas para prevenção de novos casos.

Entre os dispositivos/ferramentas disponíveis neste momento que adquirem grande importância para o processo de trabalho de auto preservação e de proteção da população estão os EPIs, que associado ao treinamento intensivo das equipes, está entre as principais ferramentas de trabalho das equipes da ABS. As ações da enfermagem na ABS devem ser focadas no preparo e proteção dos trabalhadores, na organização do funcionamento dos serviços e na antecipação de suas atividades nas diferentes fases da evolução da resposta à epidemia, o que inclui a previsão e treinamento adequado do uso de EPI (Almeida, 2020).

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA APLICADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ABS NO CONTEXTO DA COVID- 19

As medidas de biossegurança relevantes e indispensáveis sob muitos aspectos no trabalho em saúde, tem elevado seu grau de importância e cuidado no contexto pandêmico hora vivenciado. A biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente (BRASIL, 2010). A biossegurança envolve a análise dos riscos a que os profissionais de saúde e de laboratórios estão constantemente expostos em suas atividades e ambientes de trabalho, nos aspectos relacionados aos procedimentos, aos agentes biológicos manipulados, à infraestrutura dos laboratórios ou informacionais, bem como a qualificação das equipes (BRASIL, 2010). Contempla inúmeras normas nacionais e internacionais, as quais não serão abordadas aqui neste documento.

A exposição do trabalhador de saúde a agentes biológicos durante a realização do cuidado direto e indireto pode acontecer por exposição a diferentes fluidos como sangue, urina, fezes e outros. Este risco está presente em vários ambientes de trabalho tais como, unidades básicas de saúde, hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios, em diferentes graus e tempo de exposição a depender do cuidado ali realizado e da quantidade de profissionais presentes. Embora não tenhamos pesquisas que apontem percentuais de contaminação

específicos dos trabalhadores da AB, a observação dos casos de contaminação de colegas nos dá elementos para afirmar que a contaminação durante o cuidado realizado por enfermeiros na atenção básica é bastante alta. Em função do alto índice, das formas de contágio que perpassam casos sintomáticos e assintomáticos, revelam que a contaminação pode acontecer de múltiplas formas na AB, seja no cuidado direto e indireto, no acolhimento dos usuários, nas consultas de enfermagem, durante a testagem que costumeiramente tem sido responsabilidade dos enfermeiros e médicos nas equipes, na visita domiciliar, nas campanhas de vacinação. Enfim, o contágio na pandemia da Covid – 19 pode acontecer em todo momento ou ato que nos coloque em contato com colegas e usuários. Assim, não se restringe aos procedimentos, seja ele invasivo ou não, embora nestes o cuidado deva ser seguido com exatidão. Logo, como toda classe trabalhadora, estamos expostos ao risco desde o deslocamento até as Unidades Básicas de Saúde (UBS), contudo no interior destas a exposição é ainda maior, como também, nas diversas atividades que fazem parte do cuidado de enfermagem nos territórios adscritos.

O uso de EPI nas UBS já era uma recomendação aos profissionais que ali atuam, mas sabe-se que havia dificuldades de adesão e ao mesmo tempo, baixa oferta desses insumos pela concepção equivocada de que o risco que estes serviços oferecem aos profissionais é menor que nos demais ambientes hospitalares e de Unidades de Pronto Atendimento.

Precauções adicionais são exigidas aos profissionais de saúde para se protegerem e impedir transmissão no ambiente de trabalho. Importante que o profissional seja capacitado para o uso correto e retirada do EPI e estabeleça o descarte de acordo com as normas de segurança, pois são considerados materiais potencialmente contaminado (COFEN,2020; ANVISA, 2020).

Em função da escassez de EPI frente à crise gerada pela pandemia, agravada pela carência de investimentos e ausência de políticas governamentais efetivas de proteção ao trabalhador da saúde, a exemplo da necessária conversão da indústria, como já referido, têm sido publicadas normativas que indicam a flexibilização do uso da Máscara N95 e afins (BRASIL, ANVISA 2020). Contudo, frente à flexibilização destaca-se: as máscaras são de uso individual, logo não podem ser compartilhadas por trabalhadores em hipótese alguma; caso perceba-se que a máscara está umedecida deverá ser trocada imediatamente (COFEN 2020).

As máscaras de proteção respiratória (por exemplo, N95, PFF2 ou equivalente) e o gorro são necessários apenas para procedimentos que gerem aerossóis (intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc.). Importante destacar que a máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez (COFEN,2020).

O avental não precisa ser necessariamente impermeável, mas o profissional de saúde deve avaliar cada situação e deve utilizar o avental impermeável dependendo do quadro clínico do paciente e a presença de vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, entre outros. A gramatura indicada para o avental ou capote utilizado em serviços de saúde é de no mínimo 30g/m² e, no caso de ser impermeável, a gramatura mínima deve ser de 50 g/m².

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas, no contexto da epidemia da Covid – 19 para precaução de contato. Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis de procedimento cirúrgico.

Requisitos essenciais de biossegurança voltados aos profissionais de enfermagem da ABS na atual pandemia

As recomendações para o uso dos EPIs em uma UBS também são diferentes a depender dos espaços físicos onde são realizados os cuidados: áreas com trânsito de paciente (pátios e corredores, entre outros), áreas administrativas, farmácias, recepção, sala de espera, sala de acolhimento, sala de isolamento temporário,

consultórios, salas para atendimentos ou procedimentos, consultórios odontológicos, salas de imunização, ambulância e outros transportes eletivos de pacientes e domicílio.

Quadro I - Recomendação do uso de EPIs

Tipo de Cenário	Público-Alvo	Tipo de Atividade	Tipo de EPI
Áreas administrativas	Todos os funcionários	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica e distância mínima de 1 metro.
Área de triagem externa	Profissionais da saúde	Triagem de sintomáticos respiratórios na entrada da Unidade. Sem contato direto.	Máscara cirúrgica e distância mínima de 1 metro.
	Profissionais da saúde	Acolhimento, classificação de risco, triagem de enfermagem.	Distância mínima de 1 metro (quando possível), máscara cirúrgica, avental impermeável (se risco de contato com secreção), luvas de procedimento, protetor ocular ou de face.
	Funcionários ou Profissionais da saúde	Provendo orientações, procedimentos, assistência de transporte do paciente para uma instalação de saúde	Máscara cirúrgica, capote, luvas, proteção ocular, gorro.
	Profissionais da saúde	Atividades assistenciais	Máscara cirúrgica*, capote, luvas, proteção ocular, sapatos fechados. *N95 para procedimentos com aerossóis
Consultórios, sala para atendimentos ou procedimentos	Profissionais de saúde	Exame físico de pacientes com sintomas gripais.	Máscara cirúrgica, capote ou avental impermeável (se risco de contato e secreções: luvas de procedimento, proteção ocular ou de face, gorro.
	Profissionais de saúde	Exame físico de pacientes sem sintomas gripais.	Máscara cirúrgica.
	Profissionais de saúde	Realização de procedimentos produtores de aerossóis.	Máscara N95, N99, PFF2 ou PFF3, N99 ou N100, avental impermeável (se risco de contato com secreção); luvas de procedimento, proteção ocular ou de face, gorro.
Sala de Imunização	Profissionais de saúde	Administração de imunobiológicos.	Máscara cirúrgica, avental, proteção ocular ou de face.
Todos os ambientes	Profissionais e Pacientes.	Qualquer outra atividade.	Distância de pelo menos 1 metro e uso de máscara cirúrgica (profissionais de saúde) ou tecido (pacientes). Realizar higienização adequada e frequente das mãos com produto alcoólico a 70% ou com água e sabonete líquido.
Comunidade	Profissionais de saúde	Assistência direta ao paciente com sintomas gripais.	Máscara cirúrgica, avental impermeável (se possibilidade de contato com secreções), luvas de procedimento, proteção ocular ou de face.

Fonte: OMS, 2020). Nota Técnica 04/2020 ANVISA

De acordo com ANVISA (2020) todo o material, equipamentos e produtos utilizados na assistência ao paciente com infecção suspeita ou confirmada pelo SARSCoV-2 devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais ou ambientes.

Ainda de acordo com a ANVISA (2020), os serviços de saúde devem capacitar todos os profissionais de saúde e de apoio no enfrentamento da Covid -19 e certificar-se do uso dos EPIs adequados antes de cuidar de um caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus.

RISCOS ASSOCIADOS A ESCASSEZ E A UTILIZAÇÃO INADEQUADA DE EPI'S/EPC'S E DEMAIS MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E OU COLETIVA.

A falta de EPI tem sido um grande problema e quiçá seja uma das explicações dos índices de acometimentos da doença nos profissionais de enfermagem. Frente a esse grave problema, instituições, imprensa, movimentos da saúde pública estão em mobilização nacional e internacional para garantir o abastecimento e a produção e disponibilização adequadas aos profissionais de saúde.

Esta não é uma preocupação somente do Brasil, mas de relevância global. Uma revisão sistemática abrangente que incluiu 36 estudos primários qualitativos, com representatividade de praticamente todos os continentes, aponta dentre as principais preocupações dos profissionais de saúde no enfrentamento às epidemias, provocadas por doenças respiratórias, as questões relacionadas à infraestrutura adequada e à disponibilidade adequada de EPIs. Aponta ainda para a necessidade de planejar o provimento de tais recursos em conformidade com a análise do crescimento do fenômeno epidemiológico (Houghton et al, 2020).

A OMS não recomenda a flexibilização do uso dos EPIs, e sim a racionalização adequada, conforme a atividade realizada pelo profissional de saúde, a partir de estratégias que possam otimizar a disponibilidade de EPIs. (FIOCRUZ, 2020).

Neste contexto, o espaço cotidiano dos serviços é de fundamental importância a ação proativa no planejamento da disponibilização adequada de equipamento de proteção individual e coletiva e o uso racional a fim de evitar a falta, agindo preventivamente. Caso detecte-se que a probabilidade de desabastecimento é alta, deve-se intensificar o diálogo e a reivindicação junto à gestão. Contudo, caso nos deparemos com a falta de EPIs em nossos serviços precisamos estar atentos aos canais de denúncia e proteção.

Dentre estes espaços destacamos: COFEN, ABEn, Sindicatos da Categoria e da Saúde, Ministério Público, bem como, Conselhos de Saúde e veículos de comunicação e os canais com o legislativo. A central de trabalhadores da Saúde e Central Única dos Trabalhadores (CNTSS/CUT) lançaram uma campanha “Eu sou o SUS” com foco na valorização e no respeito aos trabalhadores da saúde, a qual também contempla um canal de denúncia e escuta dos trabalhadores da saúde.

Do ponto de vista ético, não custa lembrar que é direito do profissional exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental e com autonomia, conforme definido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Desta forma, o profissional de enfermagem deve avaliar cada situação da assistência de enfermagem, de modo a prestar assistência segura ao paciente e para si mesmo.

De acordo com o Art. 17 da Resolução RDC 63/2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, o serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.

O profissional, ao constatar a ausência de EPI adequado ao atendimento que realiza (verificar quais EPIs são recomendados para cada setor e tipo de atendimento específico conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa - 04/2020), deve procurar os gestores responsáveis pelo seu serviço de saúde para comunicar o fato e solicitar o reabastecimento.

Todavia, recomenda-se que antes de tomar qualquer decisão de negativa da continuidade da assistência, certifique-se de que realmente há desabastecimento dos EPIs. Persistindo o problema do desabastecimento, denuncie junto ao Conselho Regional de Enfermagem do seu estado e demais órgãos de controle.

O profissional poderá suspender suas atividades individuais, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e houver risco para sua integridade física, desde que, não seja uma situação de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe. Desta forma, o profissional deverá formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao COREN.

O uso de EPI requer atenção especial tanto no momento da paramentação quanto da desparamentação. O quadro a seguir, demonstra a sequência correta destas duas técnicas de proteção individual:

Quadro 2 – Protocolo de paramentação e desparamentação.

PARAMENTAÇÃO	DESPARAMENTAÇÃO
1º Avental ou capote	1º Luvas
2º Máscara cirúrgica OU Máscara de proteção respiratória*	2º Avental ou capote
3º Óculos ou protetor facial	3º Gorro ou touca*
4º Gorro ou touca*	4º Óculos ou protetor facial*
5º Luvas	5º Máscara cirúrgica OU de proteção respiratória*
*No caso de procedimentos geradores de aerossóis.	OBS: Exceto pela máscara, remova o EPI ainda no quarto, próximo à saída, ou na antessala. Remova a máscara somente após deixar o quarto do paciente e fechar a porta.

Fonte: COFEN, 2020

FATORES QUE INFLUENCIAM A ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO USO DE EPI NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS RESPIRATÓRIAS E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA ADEÇÃO

Seja pela necessidade de provocar uma sensibilização em cada leitor que é um trabalhador ou pela perspectiva da liderança e papel educacional do profissional enfermeiro, no âmbito da equipe de enfermagem, destacamos a importância de entender as causas da baixa adesão ou adesão seletiva ao uso de EPI, sobretudo em ambientes não hospitalares, como é o caso dos serviços da ABS. Neste tópico propõe-se ainda, identificar o que alguns estudos apontam como elementos inerentes ao imaginário dos trabalhadores, e que podem facilitar o trabalho de sensibilização.

Quadro 3 – Fatores contributivos para a adesão dos profissionais de saúde no uso de EPI

Fatores que dificultam a adesão	Fatores que favorecem a adesão
Diferentes percepções sobre o risco biológico de contágio entre os profissionais da equipe	Medo de infectar a si mesmos, suas famílias ou por se sentirem responsáveis pelo contágio de seus pacientes
Falta de treinamento adequado sobre o uso dos EPIs e demais estratégias de enfrentamento	Existência de cultura organizacional do serviço favorável a práticas de segurança do paciente e comunicação efetiva
Diretrizes de difícil compreensão seja pelo método de transmissão, seja pela linguagem ambígua e linguagem pouco clara e pouco objetiva	Nível de apoio da equipe de gerentes percebido pela equipe de trabalho.
Contradições entre as diretrizes locais com as nacionais e internacionais e mudanças constantes	Decisões compartilhadas em relação ao planejamento e organização do processo de trabalho da equipe
Condições de trabalho e realidade dos serviços desfavoráveis a prática das diretrizes de enfrentamento da pandemia.	Realização de treinamento com o uso de metodologias ativas e participativas de ensino aprendizagem
Aumento da carga de trabalho e fadiga devido aos procedimentos de paramentação constantes e a limpeza adicional requerida no ambiente.	Fornecimento de material educativo tais como cartilhas e livretos
Desconforto com o uso dos EPIs, sobretudo máscaras.	Existência de programas de aprendizagem em serviço.
Sentimento de distanciamento e isolamento em relação aos pacientes com risco de fortalecer estigmas	

Fonte: elaborado a partir de Almeida et al (2020), Houghton et al, 2020, Luong et al, 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta publicação demonstra a preocupação da ABEn com utilização dos EPIs, conforme os protocolos e portarias, nos espaços de trabalho da ABS, uma vez que é elevada a probabilidade de um profissional ser infectado ao atender pacientes com Covid – 19 ou manusear amostras biológicas desses pacientes.

Para tanto, fez-se necessário a devida capacitação de todos os profissionais que estão à frente das atividades assistenciais, educacionais e gerenciais, além dos aspectos relacionados ao gerenciamento e manuseio de materiais e resíduos.

Os empregadores deverão intensificar esforços para garantir que cientistas, médicos, enfermeiros, socorristas, laboratoristas e demais profissionais que trabalham nas linhas de frente da pandemia da Covid – 19 recebam, além do equipamento de proteção adequado, as informações necessárias e adequadas para a realização de um trabalho seguro para os pacientes e profissionais.

A organização do processo de trabalho, buscando a separação de pacientes tanto infectados e não infectados por Covid – 19, quanto sintomáticos e assintomáticos, deve caminhar junto com a disponibilidade e uso adequado dos EPIs. Esta nova situação demanda repensar o processo de trabalho das equipes a fim de evitar aglomerações e buscar ao máximo o distanciamento social necessário entre os membros da equipe, embora saiba-se das dificuldades de infraestrutura nos serviços de atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, Tikka C, Ruotsalainen JH, Kilinc Balci FS. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD011621. DOI: 10.1002/14651858.CD011621.pub5.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de Covid – 19 e outras síndromes gripais. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/16/01-recomendacoes-de-protacao.pdf>. 35pag.
3. - Kerkhove, MV – Pronunciamento sobre transmissão da COVID – 19 por pacientes assintomáticos - realizado pela responsável técnica pelo time de combate à Covid – 19-19 da Organização Mundial da Saúde (OMS) Encontrado In: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/oms-esclarece-que-assintomaticos-podem-transmitir-Covid – 19](https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/oms-esclarece-que-assintomaticos-podem-transmitir-Covid-19).
4. Sant'Ana G, Imoto AM, Amorim FF, Taminato M, Peccin MS, Santana LA, Gottems LBD et al. Infecção e óbitos de profissionais de saúde por COVID – 19: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. No prelo 2020.
5. Almeida Ildeberto Muniz de. Proteção da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [cited 2020 July 06]: 45: e17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101500&lng=enEpubJune10,2020. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.140>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde : prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica (NT) nº 04/2020, sobre as 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). 3ª Edição, de 31 de março de 2020.
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Covid – 19 Orientações sobre a Colocação e Retirada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Brasília. 2020. 18pg.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tipos Recomendados de Equipamentos de Proteção Individual no Contexto do COVID – 19, de Acordo com o Tipo de Ambiente, Pessoa Alvo e Tipo de Atividade. Disponível in: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/Tabela_Traduzida_EP_OMS.pdf. 2020.
10. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid – 19. Série Linha de Cuidado Covid – 19-19 na Rede de Atenção à Saúde. Maio, 2020. 12pg.
11. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Cabine A, Chan XHS, Devane D, Biesty LM. Barreiras e facilitadores à adesão dos profissionais de saúde às diretrizes de prevenção e controle de infecções (IPC) para doenças infecciosas respiratórias: uma rápida síntese qualitativa de evidências. *Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas* 2020, Edição 4. Art. No. : CD013582. DOI: 10.1002 / 14651858.CD013582.
12. Luong Thanh BY, Laopaiboon M, Koh D, Sakunkoo P, Moe H. Behavioural interventions to promote workers' use of respiratory protective equipment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD010157. DOI: 10.1002/14651858.CD010157.pub2.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (Covid – 19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 8). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O TRABALHO EM ENFERMAGEM NOS TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Hozana Reis Passos^I

ORCID: 0000-0002-9845-593X

Helena Maria Scherlowski Leal David^{II}

ORCID: 0000-0001-8002-6830

Oswaldo Peralta Bonetti^{III}

ORCID: 0000-0002-3509-6351

Suderlan Sabino Leandro^{IV}

ORCID: 0000-0001-9796-5551

^IEstratégia de Saúde da Família (ESF).
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional Brasília
Brasília (FIOCRUZ/Brasília), Distrito Federal, Brasil.
Membro do Departamento Científico de Enfermagem
na Atenção Básica-ABEn seção DF.

^{IV}Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de
Ensino e Pesquisa em Saúde (ESCS/FEPECS), Brasília,
Distrito Federal, Brasil. Membro do Departamento
Científico de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

Autor Correspondente:

Hozana Reis Passos
E-mail: hozanapassos@gmail.com



RESUMO

Objetivo: Refletir as possibilidades para o fortalecimento do trabalho em Enfermagem da Atenção Básica, no enfrentamento da pandemia da Covid-19 a partir dos referenciais político-metodológicos da Educação Popular.

Objetivos específicos: Apresentar a Educação Popular como referencial político-metodológico para a produção da saúde nos territórios; Discutir os processos de educação em saúde e educação permanente com base dos princípios da Educação Popular.

Método: As reflexões foram construídas a partir do referencial teórico da Educação Popular em Saúde e do acúmulo dos autores frente à temática.

Resultados: Necessária reorientação das práticas educativas para a criação de processos mobilizadores que, de fato, recorram à luta pela vida em todas suas possibilidades, a partir da construção de um SUS que acontece em comunidade e nas comunidades. Apontamos, então, para a necessidade da realização de processos educativos que se filiem ao propósito de enfrentamento real das determinações sociais que dão condições à expressão do processo saúde-doença (desigual) no território, agudizado/condensado com a pandemia e que precisam ter por base o reconhecimento desse território vivo e do conhecimento/saber/potência de seus sujeitos.

Considerações: Os princípios da Educação Popular em Saúde se apresentam potenciais para o fortalecimento do processo de trabalho da enfermagem, agregando valor aos princípios basilares da profissão, cabendo referência ao fato de que somente possuem exequibilidade se empregados em interdependência. Ou seja, para sermos dialógicos, precisamos ser amorosos, para sermos problematizadores, temos de respeitar o saber do outro e sermos dialógicos, e assim por diante.

Descritores: Educação em Saúde, Enfermeiras de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Infecções por coronavírus, Pandemias.



INTRODUÇÃO

A vivência do enfrentamento da crise socio sanitária da Covid-19 tem desnudado uma série de desafios à prática de enfermagem, desde a dimensão clínica, envolvendo as demandas de biossegurança no sentido da proteção individual e dos usuários, já bastante expostas, como, também, a necessidade de transformações que perpassam a reinvenção do processo de trabalho, a escolha de princípios orientadores das ações, a necessidade de mobilização em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do protagonismo da Atenção Básica (AB) na prevenção, promoção da saúde e tratamento. Percebe-se que a implicação direta do tratamento da Covid-19 com o papel determinante dos serviços hospitalares traz, também, a necessária defesa do modelo de saúde que construímos na reforma sanitária. Neste sentido, a potencialização das ações de saúde nos territórios se faz necessária, construindo visibilidade e fortalecimento as mesmas.

Ao considerarmos que a maioria dos casos de Covid-19 não necessitam de internação e que parte das pessoas infectadas permanecem assintomáticas durante a infecção, entendemos que a AB e seus princípios devem ser considerados essenciais no manejo da doença nas comunidades. Vale destacar que, no momento, não há ainda medicação com eficácia comprovada e as medidas preventivas são anteriores a uma possível vacina, ainda em fase de estudos clínicos. Assim, nossa missão, enquanto cuidadoras e cuidadores, educadores e educadoras, se torna ainda mais imprescindível na medida em que nos colocamos nessa mediação entre produção de saúde em territórios onde ocorre a disseminação da doença e assistência continuada às demais necessidades.

No entanto, presenciamos o esvaziamento das potencialidades das equipes de AB em alguns lugares, a exemplo do deslocamento emergencial de profissionais médicos e de enfermagem para as Unidades de Pronto Atendimento. A fragilidade da atenção básica acaba por gerar desassistência, a exemplo da interrupção no acompanhamento dos portadores de condições crônicas, ocasionando agravamento do quadro clínico desses pacientes, seja pelo medo de irem ao “posto” nesse momento ou pela restrição de acesso pelas próprias equipes.

Sendo assim, nesses tempos de distanciamento e isolamento social preconizados como a principal estratégia de prevenção à doença referida e sobrevivência à pandemia, cabe, então, o questionamento junto a essas pessoas que, semelhante a maioria de nós, trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem, não viveriam o chamado “#fiqueemcasa” com a plenitude necessária: Como vamos sobreviver e produzir cuidado nesses tempos? Como vamos enfrentar essa pandemia juntos? O que sabemos sobre esse vírus? Como a sua disseminação nos afeta para além daquilo que tanto dizem os jornais? Por que somos mais vulneráveis à morte? O que temos acumulado e já produzimos de saberes nas experiências do trabalho, do viver e do sobreviver desde março de 2020?

Assim, trazemos aqui o desafio de nos provocarmos, enquanto profissionais do cuidado, agentes de planejamento, implementação, sistematização e avaliação de políticas públicas e, também, como sujeitos imersos nas práticas educativas do cotidiano dos territórios de vida das pessoas. A afirmação e o reconhecimento sobre tais funções devem partir dos profissionais de enfermagem; neste sentido, na tentativa de compreender essa realidade, é que buscamos, de forma solidária, neste capítulo, contribuir com o fortalecimento do trabalho em enfermagem da AB, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, por meio dos referenciais político-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS).

Breve histórico da Educação Popular em Saúde na transformação do modelo de saúde e formação na saúde

Não é possível situar uma cronologia rigorosa a respeito de onde ou como se iniciam as iniciativas de EPS, porém, é possível afirmar que esta é uma perspectiva que se foi produzindo coletivamente, dentro de processos relativamente recentes de lutas populares por direitos sociais, em especial, a partir das décadas de 50 e 60 do século passado. Após o golpe militar de 1964, que reprimiu violentamente as mobilizações sindicais, estudantis e camponesas, dentre outras, se formaram núcleos de resistência política que incluíam

o debate sobre a saúde como direito¹. Um marco internacional importante para impulsionar as ações de EPS foi a incorporação dos princípios da Atenção Primária de Saúde explicitados na Carta de Alma-Ata, já em um contexto de crescente organização e resistência popular no país e de desgaste do projeto econômico e político sustentado pelos governos militares. Já no marco da implementação do SUS, a EPS foi ganhando visibilidade nos eventos acadêmicos da Saúde Coletiva e da Enfermagem, e fortalecendo coletivos como a Rede de Educação Popular e Saúde e o Grupo Temático de EPS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Não se pode esquecer de mencionar que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tanto a Nacional como suas diversas seções, abraçaram a ideia da EPS dentro dos seus eventos, por meio dos espaços dialógicos das Tendras Paulo Freire, Edma e Marcos Valadão, entre outras.

Na enfermagem brasileira, temos marcos importantes de ação educativa de base popular, tal como o Programa Larga Escala, desenvolvido na década de 70 sob a liderança de Izabel dos Santos, para ampliar a formação profissional dos atendentes de enfermagem. Este projeto trouxe para o campo da saúde a Pedagogia da Problematização, que bebe da fonte da pedagogia freireana e foi desenvolvida pelo agrônomo e comunicador paraguaio Juan Díaz Bordenave. Essa pedagogia, inclusive, tem sido apropriada nos contextos da formação universitária de profissionais de enfermagem no país².

Problematização - a leitura da realidade como ponto de partida e marca dos processos educativos e de cuidado

Torna-se evidente e urgente a reafirmação sobre a necessidade da prática da problematização no cotidiano dos espaços de cuidado, de gestão dos serviços e nos territórios do cuidar desses espaços que, no momento, são constituídos a distância, muitas vezes. Porém, os encontros podem ser potentes quando nos orientamos pelas premissas do “saber ouvir”, do “estar com”, do “fazer com”, de “desfazer a visão mágica”, de “assumir a ingenuidade dos educandos” e de “viver pacientemente impaciente”³.

A enfermagem brasileira tem sua atuação profissional marcada pelas contradições impostas pela injusta correlação de forças frente ao modelo biomédico hegemônico. Desse modo, a problematização da nossa conformação, do campo de ação, do reconhecimento etc. se faz necessária para que tenhamos eficácia no ato de contribuir com processos sociais emancipatórios nos territórios. Conhecemos as raízes do “apagamento” que vivenciamos e não é mais possível ignorá-las. Muitos profissionais de enfermagem, particularmente os do nível médio, vivem em contextos semelhantes de determinação social do processo saúde-doença que afetam a maior parte daqueles a quem prestamos nossos cuidados. Não à toa, a pandemia nos atinge de forma tão frontal enquanto categoria, ao escancarar as iniquidades em saúde também entre nós, descortinando qualquer dúvida sobre nossa condição de classe, gênero, raça/cor ou etnia e território que ocupamos.

A história nos ensina que, mesmo diante de situações de negacionismo das evidências científicas, das políticas de austeridade e da iminente recessão, ninguém contesta a essencialidade do trabalho de cuidados, seja aquele constituído nos espaços domésticos de maneira gratuita ou nos serviços de saúde, ou aqueles desenvolvidos em meio à precarização. Pelo contrário, o que percebemos é o aumento das atribuições e a sobrecarga de quem os operacionaliza.

Partimos então dessa autoidentificação para o reconhecimento do outro, que, nessa proposta de reflexão, nos é próximo e caminha conosco desde quando acontecemos (no sentido de vir a ser, tornar-se) enquanto prática social, a começar de nossas ancestrais visitadoras sanitárias. Esse outro, constituído por infâncias, juventudes, adultez, velhices, ciclos gravídicos puerperais, adoecimentos pelo trabalho etc., constrói dia a dia suas estratégias de sobrevivência nos bairros dormitórios, vilas e/ou comunidades, lugares compreendidos aqui como territórios do nosso cuidar.

Mais que ações educativas prescritivas e generalizantes sobre prevenção de contágio comunitário do coronavírus Sars-cov-2, a enfermagem precisa estar comprometida com a realidade como ela se apresenta em cada lugar e com os sujeitos interlocutores de seu trabalho.

Há de se lembrar, da percepção e memória recente da maioria das pessoas da classe trabalhadora deste século, que sintomas respiratórios semelhantes a uma “gripe” não eram considerados doença, até porque, na exploração cotidiana nos empregos, fomos acostumados ou submetidos a trabalharmos doentes, assim como transmitirmos viroses uns aos outros pela naturalização da precariedade sanitária dos locais de trabalho. Por isso, talvez, o discurso necrófilo que nega a gravidade da doença possa ter encontrado acolhida em parcela da população.

Além disso, é importante considerar a complexidade dos sentidos e compreensões sobre a existência e materialidade de um micro-organismo invisível e tão virulento. Haja vista a possibilidade de aumento de contágios durante a desparlamentalização dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais. Questionamos, também, se a grafia representada pelos jornais, explicando sobre o vírus, ou “capacitações a jato” pudessem dar conta do entendimento necessário para as práticas preventivas ao contágio. Somado a isso, vivenciamos a disseminação das chamadas *fake news*, que geram desinformação e crenças distorcidas. Nesse contexto, é importante o resgate dos ensinamentos da enfermeira Izabel dos Santos⁴ sobre o “compromisso com o fazer”, a partir do “aprender fazendo”. Foi assim que ela construiu seu legado e se tornou referência nacional em educação permanente e organização dos serviços de saúde. Sua história também nos ensina sobre seu “pacto com a humanidade”, tão necessário de ser reafirmado nesse momento.

Cabe referir, como abordaremos em trecho a seguir, que, ao exercitarmos a problematização freireana, estamos não só tecendo a crítica sobre a realidade, mas buscando formas, potencialidades próprias e coletivas das pessoas e dos territórios para superar as situações limites identificadas e transformar a realidade injusta^{5,6}.

Da busca de confluências à práxis pedagógica no cuidado emancipatório

Os desafios colocados para as práticas educativas e de cuidado em saúde no contexto da pandemia nos levantam questões até então submersas nas relações de trabalho e, aparentemente, invisíveis diante da história da luta de classes no século XXI.

Uma dessas questões é a tendência do Estado burguês, sob o capitalismo, de eximir-se da responsabilidade a respeito das garantias de bem-estar social, dentre essas, a saúde. Sabe-se que o Estado é bastante eficaz em culpabilizar individualmente as pessoas pelos problemas sociais e sanitários, como se as classes populares tivessem as mesmas opções e oportunidades de melhoria de vida das classes médias. A atividade educativa é mais um elemento que contribui para esse sentimento de desamparo e culpa por parte da população mais pobre. O fenômeno da culpabilização da vítima se torna um modo de escamotear a falta de resposta por parte dos governos e de jogar toda a carga de responsabilidade pela saúde nos indivíduos⁷.

As campanhas em curso, protagonizadas por equipes de profissionais de unidades hospitalares, nas quais se solicita o respeito ao isolamento, podem ser consideradas experiências de tentativa de sensibilização e apelo à empatia, provocando a possibilidade de troca de atitudes e cooperação entre sujeitos em um contexto que fosse favorável à efetivação das medidas de isolamento social. Porém, presenciamos a preponderância das condições impostas pela ausência de políticas de seguridade social que deem respostas mais ágeis à sustentabilidade das famílias, articulada à postura de polarização entre economia e vida. Tivemos aí o confronto de recomendações técnicas que deveriam ser diretrizes do Estado, com interesses políticos e econômicos que atentam contra a vida daqueles que já não acessam os chamados direitos de cidadania.

A partir do exercício coletivo, orientado pelo referencial da Educação Popular, de busca das raízes dos problemas colocados para o trabalho em saúde na AB no contexto de pandemia, nos deparamos com a possibilidade de proposição de confluências entre educação em saúde e educação permanente, a fim de desenvolvermos ações que gerem potência para a territorialização do cuidado, assim como a construção de estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças entre profissionais e comunidades.

Se compreendemos que estamos inseridos nesses territórios e não apenas incidimos sobre eles, nossa prática, enquanto educadores, educadoras, educandos e educandas, deve estar conectada, desde seu planejamento, com os diversos sujeitos que a compõem. Assim, as práticas de educação permanente e educação em saúde

deixam de ser paralelas ou concorrentes e podem apresentar princípios comuns, se adotados referenciais teórico-metodológicos da EPS, como o diálogo de saberes, a construção compartilhada de conhecimento, a colaboração e a mobilização de diferentes sujeitos em busca das transformações sociais necessárias. Apresenta-se ainda, como desafio dessa práxis, a fundamental interlocução com as relações de classe, gênero, raça/cor/etnia e identidade de território. Isso quer dizer que podemos ir além de uma educação sanitária para a prevenção de uma doença ou seu manejo. A proposta é de reorientação das práticas educativas para a criação de processos mobilizadores que, de fato, recorram à luta pela vida em todas as suas possibilidades, a partir da construção dos comuns e de um SUS que acontece em comunidade e nas comunidades.

A territorialização - A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam⁸

Justamente quando o trabalho no território deveria ser focalizado, ele é tragicamente anulado com a desmobilização do trabalho de agentes comunitários ou o recolhimento das equipes nos espaços das unidades de saúde. Esse será lembrado como um retrocesso histórico das ações de planejamento em saúde e de seus instrumentos normativos.

Um caminho potente ao processo de busca do fortalecimento da AB no momento, dentro da perspectiva de resgatar seus princípios e atributos, reforça-se na territorialização, que foi ponto de partida para reorganização do sistema de Atenção Básica de saúde, buscando, com isso, assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Sabe-se que há uma grande fragilidade nesse processo, que as equipes vivenciam dificuldades que induzem que a AB acabe sendo apenas um processo burocrático. Contudo, ela se apresenta potente no sentido de reconhecer o território a partir das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Sob uma perspectiva transformadora de saberes e práticas locais, a territorialização passa a ser considerada, de forma ampla, um processo de habitar e vivenciar um território; é uma técnica, um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população; um instrumento de compreensão dos diferentes contextos de uso do território nas diferentes dimensões humanas, nas atividades econômicas, nas políticas sociais, culturais e educativas, viabilizando o território como um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nessa perspectiva, a análise social do território pode contribuir para a construção de identidades, revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades, fragilidades e fortalezas do lugar, auxiliar na tomada de decisões e definir estratégias de ação.

Sobretudo, pode revelar como os sujeitos individuais e/ou coletivos produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, revelando, ainda, a gestores, profissionais e usuários do SUS a compreensão da dinâmica espacial dos lugares e de populações e os múltiplos fluxos que pulsam nos territórios e as diversas paisagens que emolduram a espaço da vida cotidiana. A territorialização se articula fortemente com o diagnóstico e, juntos, se constituem como suporte teórico e prático das ações e serviços em saúde na atenção básica no campo.

Apontamos, então, para a necessidade da realização de processos educativos que se filiem ao propósito de enfrentamento real das determinações sociais que dão condições à expressão do processo saúde-doença (desigual) no território, agudizado/condensado com a pandemia e que precisa ter por base o reconhecimento desse território vivo e do conhecimento/saber/potência de seus sujeitos.

Um importante instrumento nessa perspectiva é a proposta de vigilância popular em saúde, a qual promove a mobilização e protagonismo dos atores sociais dos territórios a somarem-se à ação sanitária desenvolvida pelas equipes de saúde da família. Por meio dela, busca-se a formação de agentes populares de saúde, os quais buscam agir nas comunidades tanto fortalecendo a educação em saúde, ampliando a circulação das informações sobre doenças, cuidados preventivos etc., como no fortalecimento das redes solidárias, enfrentando as demais dimensões como o enfrentamento da insegurança alimentar e a luta por direitos.

A construção compartilhada do conhecimento e a legitimidade dos diversos saberes na produção da saúde nos territórios

Essa perspectiva não é apresentada com esses termos exatos em Freire⁶, mas depreende-se que a sua defesa obstinada do diálogo como fundamento da ação educativa estabelece uma articulação com esse princípio. Há bases epistemológicas, humanísticas e ético-políticas que sustentam a ideia de que é possível tecer uma “junção” de saberes. No dizer de Valla⁷:

É uma valorização das classes populares em termos de conhecimento, é incentivar as pessoas a perceber que as classes populares possuem um conhecimento acumulado muito grande pela sua experiência e têm muito mais clareza das coisas do que a gente imagina.

É na articulação e diálogo constante entre os diversos saberes que se pode constituir um conhecimento novo, um terceiro conhecimento, que “nomeia das combinações e disputas, sempre renováveis e provisórias”, *entre os conhecimentos científicos, midiáticos e populares*⁹. Trata-se, portanto, de um processo, de um fluxo em permanente movimento, o que exige de nós, profissionais de enfermagem, uma compreensão o mais ampliada possível a respeito do mundo que cerca as pessoas e os grupos que expressam esses saberes.

Valorizar a construção compartilhada, promover o respeito e reconhecer a legitimidade dos saberes populares no enfrentamento da Covid-19 é de fundamental importância. Mesmo que saibamos que não há cura efetiva, que ainda não temos nem medicamentos nem vacina com eficácia comprovadas e que temos de primar pelas evidências científicas nesse processo, não podemos deixar de considerar a importância do conhecimento acumulado pelas comunidades nos seus processos históricos de busca por mais saúde. O saber de experiência feito tem, sim, a contribuir com esse processo, seja no resgate do conhecimento sobre práticas populares de cuidado, as quais podem contribuir com a dimensão clínica e emocional das pessoas, em especial pela concepção que carregam, como na visão integral do ser humano, a promoção do tão necessário apoio social e espiritual que desenvolvem. Ainda, ao desejarmos potencializar o trabalho nos territórios, promover o protagonismo popular, a mobilização social no enfrentamento, fortalecer as redes solidárias, não podemos desprezar o afirmado no título anterior, de que é no território onde a vida se dá, logo, é necessário reconhecer os saberes, as experiências e vivências daqueles que o ocupam e constroem no cotidiano, como as experiências de Paraisópolis, em São Paulo, do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, ou de campanhas como a “Mãos Solidárias”, em Recife, e “Nós por Nós”, no Distrito Federal, têm demonstrado.

A Dialogicidade e a amorosidade como princípios valorativos do SUS e da prática de enfermagem

Ao propor a centralidade do diálogo na ação educativa, Paulo Freire⁶ vai além das propostas de apenas ampliar a participação dos educandos no processo. Trata-se de radicalizar a escuta do outro, e de incorporar os conhecimentos que se produzem na vida cotidiana e de exploração dos grupos sociais historicamente silenciados. Nessa radicalidade, o educador passa a ser justamente aquele que, na visão superficial e preconceituosa de uma sociedade de classes, é o despossuído, o explorado, o oprimido. São as condições concretas de produção e reprodução da vida, do trabalho e da desigualdade, o chão a partir do qual se propõe trabalhar o processo educativo.

O diálogo permanente e aberto, em espiral crescente de trocas e de construção de novos saberes, permite desvelar os processos pelos quais se produz a injustiça e provoca os participantes a formularem perguntas a respeito da sua vida e da vida social, a identificarem aquelas para as quais as respostas não estão prontas, os impasses que exigem esforço e formulação coletivos para serem enfrentados.

Se pensarmos nas situações complexas que afetam a saúde das pessoas, famílias e grupos, as situações limites já referidas, como a violência intrafamiliar, que teve seus índices aumentados durante a pandemia, e seus diversos ciclos de produção/reprodução, temos de reconhecer que não cabe uma ação educativa

meramente informativa ou prescritiva. Trata-se de uma situação-problema, cujas respostas não estão previamente dadas e que precisam ser construídas coletivamente, com apoio e reconhecimento mútuos. Para tanto, devemos estar atentos às redes de apoio que se estabelecem nesses territórios ou procurarmos as possibilidades de onde essas possam ser constituídas. Encontra-se aí nosso papel enquanto articuladores de sujeitos e práticas com potenciais de cuidado e lutas coletivas pelo bem viver.

Outro princípio especial nesse contexto, no qual a luta contra os processos de desumanização é fundamental, é o da amorosidade. A amorosidade pode ser um princípio que norteia as relações de cuidado à população, mas também do cuidado de si, entre trabalhadores e de todos com o ambiente compartilhado. Há o que se produzir de sínteses objetivas e subjetivas em processos de escuta em encontros presenciais ou virtuais. No entanto, não se pode confundir amorosidade com afetos estereotipados, muito menos com qualquer ideia vaga de “bondade”, “caridade” ou “generosidade”. É o elo mais humano entre as pessoas, é reconhecer e acolher o outro/a outra na sua história, individualidade e cultura. Tal princípio trata, então, conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), em seu § 2º, da “ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas”¹⁰.

A amorosidade freiriana requer, sim, o reconhecimento e o respeito à diversidade do indivíduo, suas particularidades, especificidades, é sentir o outro em toda sua existencialidade, como pessoa, como gente, como um semelhante que ama, odeia, despreza, sofre, crê, duvida, se dilacera, se rebela e se acomoda, enfim, como o outro que em mim ressoa objetiva e subjetivamente, dada a mesma condição humana e que, tal como eu, é um ser de razão e de paixão¹¹. Assim, sem desmerecer a importância da gentileza, mas acima de tudo quando nos reportamos e estamos sendo amorosos na relação social estabelecida com o outro no ato de cuidar e educar, o reconhecimento do outro, enquanto portador de direitos, é fundamental.

Nesse sentido, temos muito o que ouvir e aprender e, também, o que dizer sobre esse lugar de quem só aparece quando a falta se impõe àquilo que se coloca como cotidiano invisível. Ao administrarmos a escassez do sistema, somos diretamente culpabilizados. Então, que tal se dividirmos as dores e inquietações do nosso trabalho com essas pessoas, no sentido de construir alianças para ações em torno daquilo que nos unifica? A partir da humanização também sobre nós, tendo em vista que somos seres ora desumanizados como bruxos, anjos ou heróis.

Esses princípios precisam cada vez mais ser exercitados, refletidos e vivenciados; logo, as colocações aqui trazidas não buscam esgotar, mas dar visibilidade a essas dimensões. Para finalizar, vale nossa referência à importância de termos esses princípios consolidados do SUS, agregando a contribuição valorativa do sistema na construção de uma sociedade mais justa, solidária e humanizada.

Compromisso com um projeto democrático e popular de sociedade

A radicalidade humanística da EPS se origina nos projetos de educação crítica na alfabetização de adultos desenvolvidos por Paulo Freire e é incorporada ao projeto de construção de uma sociedade na qual a saúde seja um direito universal, não como “ferramenta”, mas como visão de mundo para uma sociedade participativa e democrática.

O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados¹⁰.

Os atos educativos e de cuidado, implicados com a EPS, estão intrinsecamente comprometidos com a transformação, com a superação das injustiças, com a superação das iniquidades em saúde e da desigualdade social

intensamente fortalecida pela crise gerada pela pandemia. A determinação social exposta pela disseminação da Covid-19 coloca a enfermagem o imperativo ético para engajar-se na construção de um projeto de sociedade no qual caibam todos, o que somente será alcançado se atuar pela superação das opressões sociais, como o racismo, das fobias de gênero, das violências derivadas da cultura machista, entre tantas outras questões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto mundial e nacional em que produzimos este texto, pelo avançar da pandemia por Covid-19, cuja expressão concreta evidencia uma ordem social profundamente injusta, se faz mais urgente que os princípios da EPS sejam recuperados, visibilizados e defendidos nas diversas ações de saúde.

Em um momento em que a defesa da vida e da economia têm sido colocadas como concorrentes por aqueles que deveriam garantir seguridade social, destacamos a necessidade da luta pelo SUS e a revogação da Emenda Constitucional nº 95, responsável pelo desfinanciamento do sistema. Para superação dessa pandemia e de todo esse desmonte, as instâncias de controle social e de formulação das políticas públicas precisam estar fortalecidas com a participação de trabalhadores da enfermagem e, assim, garantir espaços de lutas e representatividade.

O desenvolvimento dessa reflexão possibilitou identificarmos que, embora a novidade da disseminação exponencial de um vírus tivesse sido colocada como maior problema de saúde pública do século atual, os desafios para o trabalho em saúde e para as populações são os mesmos ao longo da história da sociedade de classes. Haja vista que os países onde existem menos desigualdades, acesso aos serviços e cujas medidas de governo seguiram as recomendações de isolamento, houve menos mortes e alguns já se encontram em processo de retomada de suas atividades econômicas.

Percebe-se que os princípios da EPS se apresentam potenciais para o fortalecimento da prática de enfermagem, fortalecendo os vínculos com as comunidades e qualificando cuidado disponibilizado à população. Pois, neste momento crítico trazido pela pandemia, se faz imprescindível fortalecermos o sentido humanitário de nossas ações.

A vivência atual explicita a necessidade de maior atenção à dimensão educativa das práticas de enfermagem, que mais pesquisas precisam ser desenvolvidas, no sentido de avaliar a realidade das práticas de promoção e educação em saúde, assim como identificar os referenciais que têm orientado trabalhadores de enfermagem na práxis educativa.

Esperamos, no sentido do verbo freiriano “esperançar”, e acreditamos na superação deste momento crítico e que possamos seguir mais fortalecidos enquanto campo de práticas e saberes, em que as transformações que vivenciarmos e construirmos tornem nossas ações em saúde cada vez mais profissionalizadas, humanizadas, cientificamente referenciadas na diversidade epistemológica e socialmente comprometidas.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na Saúde Coletiva. In: Pelicioni MC, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 313-48.
2. David HMSL, Acioli S. Problematizando a problematização: notas sobre uma prática educativa crítica em saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Santos; 2019. p. 285-302.
3. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
4. Castro JL, Santana JP, Nogueira R, Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/ UFRN; 2002.
5. Bonetti OP. Problematizando a institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade de Brasília, Brasília; 2013 [acesso em 15 de julho de 2020]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14938>

6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004. p. 68-91.
7. Entrevista: Victor Valla [entrevista a Eymard Vasconcelos]. *Trab. Educ. Saúde*. 2005 [acesso em 5 julho 2020];3(1): 227-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100013&lng=en&nrm=iso
8. Betto F. *Política e educação*. São Paulo: Cortez;1997.
9. Marteleto RM. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2009;3(3): 17-24. <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i3.751>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 20 nov 2013 [acesso em 15 de julho de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
11. Amorim FV, Calloni H. Sobre o conceito de amorosidade em Paulo Freire. *Conjectura Filos Educ*. 2017 [acesso em 15 de julho de 2020]; 22(2): 380-92. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/4807/pdf>



A ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO AMAZÔNICA

Edinilza Ribeiro dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-3188-0114

Amélia Nunes Sicsú¹

ORCID: 0000-0001-5217-3710

Lara Bezerra de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-9565-7088

Simone Alves da Silva¹

ORCID: 0000-0002-2695-2558

Darlisom Sousa Ferreira¹

ORCID: 0000-0003-3381-1304

Kássia Janara Veras Lima^{II}

ORCID: 0000-0001-8952-5927

¹Universidade do Estado do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.
Membro da Coordenação do Departamento Científico
de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.
Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Edinilza Ribeiro dos Santos
E-mail: ersantos@uea.edu.br



RESUMO

Objetivo: Realizar uma reflexão sobre os prováveis desafios para a enfermagem que atua na APS em território amazônico no contexto da pandemia de Covid-19.

Métodos: Foi realizado um estudo de reflexão a partir dos eixos recomendados no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS do Ministério da Saúde e sob a ótica do referencial de Transferência de Políticas.

Resultados: As recomendações oficiais e as ações de enfrentamento à Covid-19 no Município de Manaus, em sua maioria, foram realizadas conforme política instituída pelo Ministério da Saúde, com algumas peculiaridades e adaptações locais que suscitaram desafios para a Enfermagem no contexto atual, nesse território.

Conclusão: Para o sucesso de uma política, a Enfermagem precisa se reconhecer como um dos agentes oficiais de transferência, se apropriar do conhecimento e ser capaz de persuadir e tomar decisões considerando os modos de vida e trabalho de uma comunidade.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus; Pandemias; profissionais de enfermagem.



INTRODUÇÃO

A atual pandemia causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) ou *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) se espalhou globalmente de forma acelerada, trazendo consequências nefastas para a sociedade⁽¹⁾. Diante disso, autoridades e sociedades científicas se mobilizaram mundialmente para propor e conduzir ações de enfrentamento para reduzir o alto contágio da doença e preservar vidas. Embora o Brasil tenha registrado o primeiro caso de COVID-19 da América Latina em fevereiro de 2020⁽²⁾ e o primeiro caso no Estado do Amazonas na 2ª semana de março/2020, desde janeiro/2020 o estado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se organizava através do Comitê de Monitoramento de Emergência em Saúde Pública, instituído e coordenado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), cujo fim foi o de nortear a atuação coordenada de resposta ao Novo Coronavírus⁽³⁾.

No âmbito do Estado do Amazonas, houve transmissão acelerada. Passadas duas semanas do primeiro caso confirmado em Manaus, surgiram os primeiros casos em outros municípios do estado. Informações oficiais mostram que até 29 de junho o número de casos confirmados e consolidados de todo o período era de 69.893 casos (capital: 27.132; demais municípios: 42.761) e 2.792 óbitos, sendo a taxa de letalidade de 3,9%. Em termos de incidência de mortalidade por COVID-19, a Região Norte tem a maior taxa (51 óbitos/100.000 habitantes) em relação às outras regiões do País e o AM, a maior taxa na comparação com todas as unidades da Federação (67,4/100.000 habitantes), bem acima da média nacional (27,4/100.000 habitantes)⁽³⁾.

No Amazonas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem cobertura populacional de equipes de saúde da família (eSFs) e de equipes de Atenção Básica (eABs) de 62,6% e 72,0%, respectivamente, proporções que estão próximas da média nacional (65,3% e 76,5%, respectivamente). Dos 4,1 milhões de habitantes do território amazonense, cerca da metade está em Manaus (2.182.763 habitantes), onde a cobertura de eSFs (40,7%) e de eABs (56,6%) estão abaixo da média nacional. Esses indicadores de cobertura são úteis para a compreensão do alcance das respostas da APS aos problemas de saúde da população nesse âmbito de atenção e também para dimensionar o número estimado de profissionais de enfermagem envolvidos na APS⁽⁴⁾. A enfermagem que atua na APS tem seu protagonismo amplamente reconhecido nos últimos anos por autoridades sanitárias e pela população. Entretanto, a crise sanitária atual, de um lado, impôs restrições às práticas de rotina na APS e, de outro, obrigou à implantação de novos arranjos que vão da organização do ambiente de trabalho, para torná-lo “seguro”, à organização do cuidado integral de pessoas e famílias no território, passando pela necessidade de ações específicas para promover e preservar a saúde dos trabalhadores da equipe de saúde. Consideradas as atribuições da enfermagem na APS⁽⁵⁾ e suas potencialidades para a solução de problemas, mesmo em tempos de adversidades, coube buscar respostas para a seguinte pergunta: quais são os principais desafios para a enfermagem da APS na aplicação do arcabouço de normatizações e recomendações oficiais de enfrentamento do novo problema sanitário instalado, em um estado que chegou à fase de colapso do sistema de saúde para responder às demandas de internação hospitalar e uso de UTI?

Nesse cenário, em um momento definido como Ano Internacional da Enfermagem, é salutar refletir sobre os desafios da atuação dessa profissão na APS, frente a uma pandemia inesperada e em uma região marcada por peculiaridades geográficas (cidades dispersas, longas distâncias entre uma e outra, o principal meio de transporte é fluvial), sociodemográficas (baixa densidade demográfica, largas dimensões territoriais de fronteiras com outros países), culturais (populações tradicionais, uso de outros idiomas – populações indígenas) e econômicas (o polo industrial de Manaus é a principal atividade econômica de todo o estado). Para a condução da reflexão pretendida optou-se pelo “Modelo para Análise de Transferência de Políticas de Saúde”, proposto por Bissel, Lee e Freeman⁽⁶⁾.

Objetivo

Realizar uma reflexão sobre possíveis desafios para a enfermagem que atua na APS em território amazônico, a partir de recomendações oficiais de enfrentamento dos problemas de saúde causados pelo Novo Coronavírus, sob a ótica da Análise de Transferência de Políticas de Saúde.

Modelo para Análise de Transferência de Políticas de Saúde

O método utilizado para análise de transferência de políticas consiste em um modelo para pesquisa operacional preconizado por Bissel, Lee e Freeman⁽⁶⁾, que une e adapta o conjunto de questionamentos e quadro teórico de Transferência de Políticas (TP) preconizados por Dolowitz e Marsh em 2000 e o modelo relacionado à difusão de informações proposto por Rogers em 1995⁽⁶⁾.

O modelo de análise considera os seguintes elementos que podem facilitar ou dificultar o processo de transferência: 1. Estágios/atividades; 2. Inovação Política; 3. Interfaces, atores e redes; 3. Comunicação; 4. Grau de transferência; 5. Motivação; 6. Contexto e recursos; e 7. Facilitadores e restrições⁽⁶⁾.

Os estágios/atividades do processo são a peça central do modelo. A partir desses estágios, formulam-se as perguntas sobre como pessoas e organizações entram em contato com uma nova política; aprendem e gerenciam o conhecimento; são impactadas/influenciadas por evidências e mudanças, e depois são capazes de influenciar os outros; tomam decisões sobre a política; implementam-na e mantêm e expandem essa política⁽⁶⁾.

O elemento inovação política refere-se ao que é transferido. Existem diversos elementos que podem ser transferidos no todo ou em parte (objetivo, conteúdo ou instrumentos)⁽⁶⁾.

As interfaces ilustram que, em teoria, novos conhecimentos e lições podem vir de qualquer lugar. Assim, a TP na saúde é um processo que pode incluir vários níveis e arenas, podendo ocorrer verticalmente, horizontalmente entre arenas do mesmo nível (nacional para nacional) e diagonalmente de um nível para outro nível fora da verticalidade convencional. Os atores e redes referem-se àqueles indivíduos, instituições e/ou organizações capazes de se envolver nas diferentes etapas da política⁽⁶⁾.

É importante analisar se a comunicação ocorre ou não durante as diferentes atividades e se é bidirecional. Pode ser escrita ou verbal, por meio de documentos-chave como diretrizes, eventos como conferências, reuniões, treinamento, mobilização social e outros canais, como mídia, entre outras⁽⁶⁾.

Ao pensar nos graus de transferência, pode ser útil considerar cinco cenários potenciais: 1. A política pode ser uma cópia completa de outro programa ou política; 2. A política incorporou ideias e princípios gerais de programas ou políticas, mas acaba por rejeitar sua cópia por inteiro; 3. A política combina elementos de dois ou mais programas de lugares diferentes; 4. A política é mudada devido a uma inspiração nas ideias e orientações gerais, mas o resultado final não precisa necessariamente ser semelhante à política original; e 5. A política original pode ser rejeitada (no todo ou em parte)⁽⁶⁾.

A motivação refere-se ao motivo pelo qual ocorreu a transferência da política. Bissel, Lee e Freeman referem que a motivação estará em um ponto que varia entre voluntária e coerciva⁽⁶⁾. A transferência voluntária é quando a política é naturalmente aceita e inserida no contexto de trabalho dos indivíduos, e a coerciva ocorre quando um governo se sente forçado por outro a introduzir mudanças constitucionais, sociais e políticas contra sua vontade e a vontade de seu povo⁽⁷⁾.

A TP pode ser influenciada pelo *contexto e recursos*. Os aspectos do contexto, tais como sistema de saúde, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, tecnológicos, podem influenciar o processo. Os recursos a serem considerados são financeiros, políticos, técnicos e sociais. Qualquer um desses fatores pode facilitar ou dificultar o processo ao longo do tempo, de forma consistente ou variável⁽⁶⁾.

Na literatura há o reconhecimento de que o sucesso da TP é influenciado por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais ou tecnológicos, que podem influenciar o processo ao longo do tempo de forma consistente ou variada⁽⁶⁾.

Destaca-se que o modelo não mostra causalidade, porém direciona a avaliação de determinada política de forma sistemática, visando compreender o que facilita ou dificulta o processo de TP⁽⁷⁾. Nesse sentido, este modelo será utilizado como ferramenta para compreender alguns elementos envolvidos na TP de recomendações oficiais de enfrentamento à COVID-19 para o âmbito da APS no contexto amazonense, na perspectiva da enfermagem.

Transferência das ações de enfrentamento da Covid-19 para a Atenção Primária no contexto amazônico

A reflexão sobre os prováveis desafios para a enfermagem na APS perante a pandemia da COVID-19 em território amazônico foi estruturada conforme os seguintes eixos recomendados no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS do Ministério da Saúde para o manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por COVID-19, no contexto da APS/ESF: 1. Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19; 2. Medidas para evitar contágio na UBS; 3. Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal; 4. Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar; 5. Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares; 6. Notificação Imediata; 7. Monitoramento clínico; 8. Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa. Considera-se este protocolo como uma política com interface vertical, pois foi baseada em normas mundiais e vem sendo transferida para todos os estados do Brasil. Para fins de exemplificação de TP no contexto amazônico, também se lançou mão de recomendações oficiais do Município de Manaus⁽⁸⁾.

No que se refere à identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19, houve também recomendação e normatização para a APS para ampliar o atendimento às síndromes gripais no âmbito de Manaus. Além do funcionamento em dias e horários convencionais, 18 UBS, situadas em locais estratégicos para facilitar o acesso, funcionaram inclusive nos finais de semana e feriados e com o horário de atendimento estendido (até 21 horas). Em grande medida, a identificação dos casos suspeitos foi realizada na população sintomática que buscou atendimento (demanda espontânea)⁽⁹⁾. Isso porque, com a instalação da transmissão comunitária e sua velocidade de crescimento, os atendimentos programados foram suspensos, sendo mantidos apenas os casos prioritários. Também para ampliar a cobertura de identificação de casos, foi instituído o serviço de Teleatendimento, realizado por profissionais médicos remanejados da atenção especializada ambulatorial, que teve grande parte do atendimento suspenso. Outra estratégia adotada para ampliar a triagem de síndrome gripal foi o serviço oferecido por *Chat* (bate-papo) via *link* na página da Secretaria Municipal de Saúde.

As medidas para evitar o contágio nas unidades de APS, no âmbito local, foram focadas em ações de prevenção (Síndrome Gripal e de COVID-19) e de biossegurança (ventilação dos ambientes de triagem ou espera, distanciamento social, uso de máscara, higienização das mãos, desinfecção de materiais, dentre outras). Uma das estratégias normatizadas foi o estabelecimento de dois fluxos de atendimento (triagem e classificação feitas no acolhimento): sintomáticos (para a síndrome gripal) e assintomáticos (todas as outras necessidades de saúde)⁽⁹⁾. Entretanto, por causa da existência de UBS com estrutura física pequena (32 m²), eram inviáveis o cumprimento do distanciamento mínimo e o reordenamento de fluxo nestas unidades. Assim, foi estabelecido, por portaria, o remanejamento das equipes de saúde para UBS de territórios próximos.

Na *estratificação da gravidade da Síndrome Gripal*, realizada pelo profissional médico após o acolhimento pela equipe de escuta qualificada (enfermeiro e técnicos de enfermagem), as pessoas eram classificadas em casos leves (aqueles que poderiam ser acompanhados completamente no âmbito da APS) e casos graves (situação de maior gravidade e que necessitava de estabilização na UBS e posterior encaminhamento aos serviços de referência, conforme o fluxo local). As pessoas atendidas nas UBS e classificadas como *casos leves* recebiam a comunicação necessária para o cuidado domiciliar até a o fim do período de transmissão (isolamento domiciliar) e a utilização de serviço em caso de piora. A partir do cadastro no sistema, também foram direcionadas ao Serviço de Telemonitoramento, conforme recomendação nacional^(8,10). Os *casos graves* atendidos nas UBS eram com rapidez removidos para serviços de urgência (unidades de pronto atendimento e hospitais) ou maternidade de referência para COVID-19, conforme fluxo estabelecido pelas portarias (estado e município). Importa destacar que a maioria dos 61 municípios amazônicos possui poucos leitos hospitalares (clínica geral) e em todos eles não há leitos de UTI. Assim, os casos graves de COVID-19 ocorridos em municípios próximos ou longínquos do estado dependiam de tratamento na capital.

A *notificação*, no âmbito da APS, era feita primordialmente pelos profissionais enfermeiro e médico, ao preencherem os documentos do atendimento¹⁰. No início do período da pandemia, preenchia-se manualmente

a ficha de notificação da Síndrome Respiratória Aguda Grave. A partir de maio/2020 o Ministério da Saúde implantou a plataforma e-SUS VE para notificação de casos suspeitos de Coronavírus (COVID-19), facilitando o trabalho da equipe.

O *monitoramento clínico* foi realizado pela equipe apenas na população que procurou os serviços da APS. A velocidade da transmissão comunitária em Manaus exigiu o realinhamento rápido na rotina de atendimento nas UBS. Atividades de rotina relativas a vigilância, vacinas, visita domiciliar, atendimento à demanda programada, entre outras, foram interrompidas parcialmente ou mantidos somente os atendimentos prioritários (idosos, gestantes, puérperas e recém-nascidos, doentes crônicos em tratamento e outros grupos). Essa situação em parte ocorreu pelo remanejamento de profissionais para suprir outras demandas relacionadas aos casos suspeitos no âmbito das próprias UBS, como afastamentos por doença ou realocação do profissional em função de fatores de risco para COVID-19 (gestação, idade superior a 60 anos, morbidades)⁽⁹⁾.

Em relação às *medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa*, a informação e comunicação para a população geral foram amplamente divulgadas nos *sites* oficiais das secretarias de saúde, na imprensa e nas redes sociais. Em relação às recomendações para os grupos especiais (gestantes e puérperas e pessoas com 60 anos e mais), incluindo pessoas com doenças crônicas, ou com doenças transmissíveis, foi necessário adequar o planejamento do atendimento para evitar fluxo desnecessário dessas pessoas na UBS. Essas medidas foram instituídas por meio de ações de biossegurança, da organização de dois fluxos de entrada nas UBS, suspensão temporária dos atendimentos não prioritários e coletivos, tendo sido mantidos os atendimentos prioritários em horários de menor fluxo. Também por recomendação, as visitas foram “peridomiciliares”, isto é, chegar e manter-se na parte externa da casa (frente, lados ou fundo), além do uso de EPIs e demais medidas de biossegurança⁽⁹⁾.

A enfermagem da APS no contexto da COVID-19 em território amazônico: reflexão sobre os desafios

Com base no referencial de TP, o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS é um exemplo de inovação política, de transferência vertical que inclui vários níveis; nesse caso, Ministério da Saúde, Secretarias de Estado, Município e Serviços, onde a TP pode ou não ocorrer. Entre um e outro nível (interfaces) estão as situações reais que facilitam ou dificultam o processo de transferência. Reconhecer, identificar essas situações para potencializá-las, quando positivas em relação aos resultados pretendidos, e minimizá-las ou evitá-las, quando seus efeitos estejam na contramão das necessidades de saúde, são também tarefas da enfermagem inserida na APS em contextos específicos. Tomar recomendações oficiais verticalizadas e delas extrair, ou adaptar, o que é tarefa da enfermagem na APS figura um desafio local.

A partir do surgimento dos primeiros casos, as equipes de saúde da APS tiveram de incorporar, em curto espaço de tempo, novas medidas de proteção individual para alcançar a biossegurança de seus membros e das pessoas e famílias, e, ao mesmo tempo, atuar com maior atenção e dedicação para a *identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal*, que podia ou não ser COVID-19. Embora o suprimento de EPIs na APS tenha sido mantido, havia dúvida quanto à provisão de todos os itens em quantidade necessária e ao longo do tempo, porque eram fartas as informações, inclusive vindas de órgãos oficiais, sobre a escassez e risco de falta de EPIs no mercado para aquisição.

Ressalta-se que o “contexto” é um dos elementos que interferem na TP. Componentes do próprio sistema de saúde e fatores políticos podem facilitar ou dificultar o êxito de uma recomendação⁽⁶⁾. No Estado do Amazonas e no momento mais crítico da pandemia, o Secretário de Estado da Saúde foi exonerado e substituído; o Governador e a nova Gestão Estadual da Saúde tiveram atos relativos ao setor da saúde investigados. É possível que fatos como estes tivessem reflexo em toda a rede de atenção à saúde e dificultassem a TP nessa localidade, corroborando para a insegurança dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, bem como para as altas taxas de incidência de mortalidade ocorridas na região e no estado.

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem são os profissionais da APS que, pela natureza de suas atividades, têm mais proximidade física com as pessoas atendidas e executam procedimentos diversos que envolvem

a manipulação de materiais biológicos e objetos. Logo, o risco de transmissão durante o atendimento pode ser maior para esses profissionais. Nesse sentido, era necessária a disponibilidade de tempo para capacitação sobre uso adequado de EPIs e outros cuidados, porém não era possível por causa do aumento da demanda de trabalho decorrente da redução de recursos humanos em atividade, causada pelas medidas protetivas do grupo de risco e pelo afastamento temporário por sintomas ou diagnóstico de COVID-19.

Sobre essas realidades destacadas, cumpre notar que, sob a visão da TP, as organizações ou pessoas entram em contato com uma nova política, podem ser influenciadas (por essa “política”) e mudarem ou ajustarem suas práticas para obter resultados individuais ou coletivos desejados e ainda influenciarem outrem. No presente caso, os serviços de APS, a equipe e, em particular, os profissionais de enfermagem entraram em contato com grande volume de informações advindas de políticas de transferência vertical sem o tempo necessário para, sobre elas, refletir, questionar, dialogar e ajustar à realidade local, considerando as particularidades culturais. Isso é compreensível na situação de urgência de resposta à velocidade da transmissão do coronavírus e falta de leitos de UTI. Porém, utilizando-se do conjunto de elementos do referencial de TP, para obtenção de resultados objetivos de enfermagem sobre as necessidades de saúde da população, é necessário rever ou reconhecer sua capacidade de influenciar pessoas, expandir políticas (recomendações oficiais) e promover mudanças. Ao contrário disso, a enfermagem na APS permanecerá copiando decisões transferidas verticalmente.

Da impossibilidade de implantação das medidas recomendadas para *evitar o contágio nos ambientes* em algumas UBS, devido a limitações estruturais, decorreu o remanejamento de equipes e respectiva população adscrita para outras UBS próximas de seus territórios. Sob a ótica do referencial da TP destacam-se os elementos “recursos” (falta de estrutura física) e “atores” (gestores, equipe, comunidade). Bissel, Lee e Freeman (2011) ⁽⁶⁾ afirmam que, uma vez identificados os fatores que influenciam a TP, estes podem ser postos em prática por seus formuladores, profissionais ou comunidades, por exemplo, tratando os obstáculos, promovendo adaptações, utilizando as oportunidades mais eficientemente ou adequadamente. Na situação apresentada, é possível que não tenham ocorrido as adaptações necessárias, tanto para o profissional quanto para a comunidade, sugerindo uma TP coerciva no nível local, cujas consequências sanitárias podem ser negativas e influenciar em outras políticas já instituídas. Nesse sentido, avaliar os resultados em função do grau de execução, em relação à política original, e se o processo ocorreu voluntariamente ou coercitivamente são reflexões necessárias para a enfermagem.

Para os casos leves, cujo tratamento devia ser conduzido e acompanhado pela equipe de saúde da APS, a principal ação da enfermagem consistiu na orientação sobre o isolamento domiciliar. O telemonitoramento foi realizado a partir de um serviço centralizado para o âmbito municipal. Esse serviço em Manaus também atingiu o limite de sua capacidade operacional durante o pico do número de casos confirmados. Havia ainda limitações da parte das pessoas em isolamento domiciliar para atender as chamadas. Por vezes, as pessoas doentes ou familiares estavam ocupados com demandas relativas a enterro de familiar ou pela vivência de luto. Por causa da reorganização e divisão do trabalho, em virtude do alto número de casos, a enfermagem não fez o seguimento dos casos em isolamento domiciliar de sua área de abrangência. Isso também pode ter interferido na expansão da TP e na sua efetividade no âmbito da comunidade.

Com relação aos casos graves, a enfermagem provavelmente atendeu na UBS ou foi informada sobre muitas pessoas de seu território que evoluíram para a fase grave e óbito, cujas famílias e seus entes queridos tiveram a experiência da falta de leito de UTI. É possível que o impacto da escassez desse “recurso” (no sentido da TP) recaia principalmente sobre a saúde mental, afetando a vida de um grande número de famílias dos territórios de atuação das equipes de saúde da APS. Apropriar-se de ferramentas do cuidado que guiam na identificação de condições de risco para transtornos mentais e no gerenciamento do cuidado que contemple essas situações também parece ser uma ação necessária que envolve a enfermagem inserida na APS nesse contexto local.

No campo das medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa, adicionalmente às informações e comunicações disponíveis na imprensa e mídias em geral, a gestão pública da saúde intensificou a

comunicação, utilizando-se das diversas tecnologias e recursos disponíveis para informar e gerenciar as diferentes ações introduzidas (organização do ambiente, de fluxo, coleta de material para exame, orientação sobre cuidado). A forma como a comunicação ocorre e é percebida influencia a TP. Bissel, Lee e Freeman (2011)⁽⁶⁾ destacam que a forma como a informação é embalada, processada e percebida é fundamental para o sucesso da execução de uma política. Consideradas as atribuições do enfermeiro na APS, a comunicação é essencial em todas elas. Apropriando-se do conjunto de ferramentas da comunicação, a enfermagem pode potencializar as estratégias utilizadas para a produção do cuidado individual (assistência) e coletivo (coordenação da equipe, ações educativas), sendo capaz de persuadir os atores envolvidos no processo de TP. Tornar essa comunicação efetiva supõe a opção por sua forma bidirecional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva do referencial de TP, a Enfermagem é um dos atores do trabalho na APS que atua em equipe, portanto com outros atores, em um campo de produção do cuidado que está inserido em uma conjuntura (contexto) do tempo presente, determinada mais fortemente por aspectos políticos, sanitários, econômicos, sociais e culturais que interferem nos resultados do seu trabalho. Este, em última instância, pode ser entendido como implementação de uma “política”. O modelo teórico de TP ajudou a pontuar os desafios para a enfermagem no contexto atual, em território amazônico.

A partir das recomendações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS, aqui assumidas no seu conjunto como uma “política” a ser implementada no âmbito da APS, a enfermagem, na condição de um dos atores envolvidos no processo, contribui na medida em que se dispõe à aquisição de conhecimento (aprendizado), ao desenvolvimento de seu potencial de persuasão e de tomada de decisão. Esta, por sua vez, devendo ser pautada em referenciais e métodos que conformam os fundamentos e a arquitetura da enfermagem. Ao agir assim, a enfermagem pode passar do tipo de TP como cópia, isto é, de uma fase em que apenas reproduz as recomendações do nível global para o local – transferindo-as verticalmente sem, por exemplo, considerar os modos de vida e trabalho de uma comunidade, para formas (tipos) de TP em que, neste caso, as recomendações seriam submetidas à adaptações locais e à discussão crítica e reflexiva por parte dos atores envolvidos no âmbito local.

Isso posto e considerada a realidade objetiva atual, os desafios para a enfermagem da APS, no contexto amazônico, suscitados com a presente abordagem, podem estar relacionados à necessidade de identificação dos fatores que facilitam e dificultam o cuidado centrado na pessoas, família e comunidade e, por decorrência, à obtenção de resultados de enfermagem que incluam a prevenção da COVID-19; à adaptação local das recomendações recebidas verticalmente das instâncias governamentais; à manutenção de estratégias de biossegurança para proteção da saúde do trabalhador e das pessoas da área adscrita; à manutenção do atendimento aos grupos de risco e prioritários; à reorganização do trabalho, para atender as novas demandas, em número e gravidade – como condições de saúde mental decorrentes do impacto das altas taxas de casos e de óbitos por COVID-19 ocorridos em Manaus nos bairros mais populosos e habitados pelos mais pobres; e, ainda, ao uso deliberado da comunicação como ferramenta de persuasão, em vista da efetividade das ações de gerenciamento do cuidado, de assistência e educativas.

REFERÊNCIAS

1. Dashaath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim ML, Li S, Biswas A et al. [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy]. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222 (6):521-531. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.021.
2. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C et al. [COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil]. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101613. doi:10.1016/j.tmaid.2020.101613.

3. Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde [home page da internet]. Boletim diário COVID-19 no Amazonas [acesso em 29 de jun 2020]. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/29_06_20_BOLETIM_DIARIO_DE_CASOS_COVID-19.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação e-GESTOR [home page da internet]. [acesso em 30 de jun 2020]. Disponível em: <https://gestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [acesso em 29 de jun 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Bissell K, Lee K, Freeman R. [Analysing policy transfer: perspectives for operational research]. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2011 Sep;15(9):1140-8. doi.org/10.5588/ijtld.11.0170.
7. Evans, M. New Directions in the Study of Policy Transfer. Taylor & Francis; 2010. 174 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020. [acesso em 29 de jun 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.
9. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica 003/2020 DAP/DEVAE/SUBGS. Reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, no enfrentamento do novo Coronavírus (COVID-19). 2020. [acesso em 29 de jun 2020]. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/NOTA-T%C3%89CNICA-N%C2%BA-003-2020-DAP-DEVAE-SUBGS-REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DO-PROCESSO-DE-TRABALHO-NAS-U.-SA%C3%9ADE.pdf>.
10. Manaus. Portaria Nº 138/2020 GABIN/SEMSA. Diário Oficial do Município. 24 de mar. 2020. [acesso em 29 de jun 2020]. Disponível em: <http://dom.manaus.am.gov.br/pdf/2020/marco/DOM%204805%2024.03.2020%20CAD%201.pdf>.

O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EM NATAL-RN

Sheila Saint-Clair da S. Teodosio^I

ORCID: 0000-0002-3169-029X

Maria Jacqueline Abrantes Gadelha^{II}

ORCID: 0000-0001-7968-9952

Meine Siomara Alcântara^{III}

ORCID: 0000-0003-4977-3189

Márcia Lelis Rocha Correia^{IV}

ORCID: 0000-0002-5082-0002

Maria de Lourdes Frederico Oliveira Freitas^V

ORCID: 0000-0003-4816-2028

Raul Brener Dantas^{VI}

ORCID: 0000-0002-6562-9737

RESUMO

Objetivo: Relatar os desafios e os (re)arranjos das ações de enfermagem na Atenção Básica, frente à Coronavírus Disease 2019, da Unidade Básica de Ponta Negra, no Município de Natal.

Método: Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da pandemia da COVID-19.

Resultados: O grande desafio foi compatibilizar as ações pertinentes ao cotidiano da APS com a demanda proveniente da COVID-19. Assim, foi necessário (re)inventar processos de trabalho, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes de apoio. Através de projetos, parcerias e apoios institucionais foi possível desenvolver várias atividades que estão tendo retornos positivos da comunidade e da imprensa local.

Considerações finais: O desenvolvimento do trabalho permitiu constatar que, não obstante as dificuldades vivenciadas, principalmente as condições precárias da estrutura física e poucos recursos materiais, a equipe e, em particular, a enfermagem desenvolveu ações que confirmam a potencialidade da APS para atuar nas demandas regulares e construir estratégias para o enfrentamento da epidemia.

Descritores: Saúde; Enfermagem; COVID-19; Atenção Primária à Saúde. Pandemias

^I Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
Coordenadora Nacional do Departamento Científico de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

^{III,IV,V} Secretaria Municipal de Natal.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^{VI} Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
Discente, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/UFRN.

Autor Correspondente:

Sheila Saint-Clair da S. Teodosio
Email: saintclairenf@gmail.com



INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, foi detectado em 31 de dezembro de 2019, no município de Wuhan, na China. Em nove de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus e declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto dessa doença constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional⁽¹⁾.

Pela rapidez de sua disseminação em proporções globais, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a caracterizou como uma pandemia. Foram confirmados no mundo 11.500.302 casos de COVID-19 (172.512 novos em relação ao dia anterior) e 535.759 mortes (3.419 novas em relação ao dia anterior) até 7 de julho de 2020⁽¹⁾.

No Brasil, o primeiro caso confirmado aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Diante do avanço da COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou o Grupo de Trabalho Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional para acompanhamento da situação e definição de protocolos de ação, para a vigilância do SARS-CoV-2⁽²⁾.

Em 20 de março de 2020 foi confirmada a transmissão comunitária no Brasil e adotadas medidas de isolamento para casos leves e contatos, e de atenção hospitalar para os casos mais graves. As condições de vida precárias, principalmente nas periferias dos grandes centros urbanos, o agravamento das questões de saúde mental em decorrência do isolamento e a coexistência com outras morbidades, como as arboviroses, AIDS, tuberculose e doenças crônicas, ampliaram intensamente os desafios, exigindo mudanças de comportamento, atitudes colaborativas da sociedade e fortalecimento do sistema de saúde⁽³⁾.

Ademais, a pandemia chegou evidenciando as precárias condições de vida de grande parte dos brasileiros: são 35 milhões sem serviço de abastecimento de água e 100 milhões sem acesso a esgoto⁽⁴⁾. Estima-se que 122.890 pessoas estejam em situação de rua e, com o isolamento social, em decorrência do contingente de trabalho informal, cerca de 38 milhões de brasileiros ficaram sem renda⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a pandemia instaurou a maior crise sanitária e humanitária do século, gerando uma sobrecarga no sistema de saúde de todos os países, como também no Brasil. Não obstante o Sistema Único de Saúde (SUS) ser um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, com uma extensa rede de Atenção Primária à Saúde (APS), seus problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços foram agudizados neste momento de crise que, para além da questão sanitária, tem uma relação com os campos político, social e econômico⁽⁶⁾.

A APS é reconhecida como a base de sustentação do SUS, por ser a porta de entrada do sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção que visa atender às necessidades individuais/familiares e coletivas em termos de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico. Seu propósito está voltado para os cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas⁽⁷⁾. O modelo da APS brasileira, com suas equipes de saúde da família, territorialização e enfoque comunitário, tem um papel fundamental na rede de cuidados e pode contribuir no enfrentamento de qualquer epidemia⁽⁸⁾, inclusive no enfrentamento da COVID-19.

Diante do exposto, este estudo é norteado pelas seguintes questões: Como compatibilizar as ações pertinentes e o fio condutor do cotidiano da APS com a demanda proveniente da COVID-19? Como fazer a APS manter o fio condutor de suas atividades e (re)organizar um fluxo de atendimento para os sintomáticos respiratórios? Desse modo, o objetivo é relatar os desafios e os (re)arranjos das ações de enfermagem, na Atenção Básica, frente à *Coronavirus Disease* 2019, da Unidade Básica de Ponta Negra, no Município de Natal.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: MÉTODO E CENÁRIO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, descritiva, tipo relato de experiência, baseado em ações realizadas em combate à pandemia da COVID-19. Ele tem como cenário a Unidade de Saúde de Ponta Negra,

no Município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, e utilizou como referencial teórico os documentos e textos produzidos pela OMS, OPAS e MS.

Cenário do estudo

A Unidade de Saúde de Ponta Negra localiza-se no Município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte. É constituída por quatro equipes de Saúde da Família destinadas a oferecer cobertura de atenção à saúde para os moradores da Vila de Ponta Negra.

Assim como as demais USFs, a unidade de Ponta Negra tem como eixo condutor das suas ações a Estratégia Saúde da Família. Ela desenvolve cotidianamente ações de: pré-natal; acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças (CD); preventivos; visitas domiciliares às puérperas e acamados; consultas de acompanhamento às pessoas com tuberculose, doenças crônicas não transmissíveis e idosos; ações de imunização; saúde reprodutiva; grupo de gestantes; curativos; preceptoria dos alunos dos cursos da área de saúde públicas e privadas; acompanhamento do cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde no território; grupos de educação em saúde e saúde mental; entre tantas outras ações.

A unidade desenvolve ainda diversos projetos reconhecidos pela comunidade como importantes iniciativas de promoção e prevenção à saúde. Entre eles, destacam-se: Saúde na Praia (oferta de serviços e ações de educação em saúde junto aos trabalhadores da orla de Ponta Negra), Seminários sobre Envelhecimento Saudável, Revita Vila (revitalização de espaços públicos em situação de abandono), PICS na Vila (Práticas Integrativas e Complementares junto à comunidade), Encontros e Afetos (grupo de mulheres com foco na saúde mental).

Os resultados descritos a seguir tiveram como base as experiências da USF, em andamento, relatadas pelas enfermeiras autoras do estudo.

RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Os desafios e (re)arranjos das ações da Unidade de Saúde

Com a instalação da pandemia, no Município de Natal, em março de 2020, os profissionais da APS foram surpreendidos por novas demandas e novos protocolos, principalmente a partir da transmissão comunitária. O grande desafio foi compatibilizar as ações pertinentes ao cotidiano da APS com a demanda proveniente da COVID-19.

Por se entender que APS/ESF é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, durante surtos e epidemias, e tem papel fundamental na resposta à doença em questão⁽¹⁾, era premente a necessidade de se (re)inventar processos de trabalho, estabelecer novos fluxos e fortalecer redes de apoio.

Acompanhavam-se com temor nos noticiários da TV a proximidade da morte, os riscos e o perigo das relações sociais expressadas pela inexistência de visitas nos hospitais, o não direito a despedidas, velórios limitados, enfim, um luto com mais de uma lacuna na dor. Impossibilitados de reunir pessoas nos grupos, de se aproximar, de tocar as mãos, de acolher com um sorriso ou com um abraço, os profissionais foram sendo tomados pelo medo, pelas incertezas e pela ausência de respostas às mais diversas inquietações: Como enfrentar o medo? Como cuidar? Como adequar as rotinas às novas demandas?

Mudanças no Processo de Trabalho: desafios da equipe em saúde

Logo que os primeiros casos chegaram ao Brasil e, em especial, ao Rio Grande do Norte, foi realizada uma reunião multidisciplinar para definição do novo fluxo de atendimento, considerando-se que a APS/ESF deve oferecer atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos

os níveis de atenção à saúde, e assim conseguir grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados, conforme protocolos do MS⁽⁹⁾.

Foram formadas equipes de acolhimento que ficaram responsáveis pela recepção dos usuários, detectar os sintomáticos e encaminhá-los para atendimento por uma equipe constituída por um médico, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, seguindo as regras de isolamento e uso de equipamentos de proteção individuais (EPIs). Dessa forma, para evitar aglomeração e proteger as pessoas de maior grau de risco, nesse primeiro momento, foram suspensas algumas ações realizadas na USF, dentre as quais, a coleta de citologia oncológica, saúde bucal, acompanhamento à criança sadia (Crescimento e Desenvolvimento), testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, exceto para as gestantes ou alguma urgência.

O acompanhamento das pessoas atendidas com suspeitas por COVID-19 passou a ser realizado através de telefonemas diários, com os dados colocados em uma planilha elaborada por um profissional da USF, além dos casos notificados no e-SUS VE. A ESF incluiu medidas de suporte e conforto para casos leves, isolamento domiciliar e monitoramento até a alta do isolamento. Para casos graves, incluiu a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviços de urgência/emergência ou hospitalares⁽⁹⁾.

Concomitantemente com a chegada da pandemia do COVID-19, iniciou-se a vacinação da influenza que, este ano, foi antecipada para o mês de março, começando pelos idosos e profissionais de saúde. Naquele momento, foi preciso retirar as pessoas idosas da Unidade e solicitar a parceria com as organizações sociais da comunidade para cederem seus espaços como locais da administração da vacina. Dentre os locais destaca-se o Centro Social Estevam Pascoal e a Escola Estadual Jerônimo de Albuquerque na Vila, e a Associação dos Moradores de Ponta Negra (AMPA), localizada no conjunto Ponta Negra. Logo nos primeiros dias aumentou consideravelmente a demanda, causando preocupação, e por questões de segurança fez-se necessário adotar medidas de distanciamento e de higiene nos locais escolhidos. Logo em seguida iniciou-se a segunda etapa da vacina para outros grupos e foi possível conseguir alcançar o objetivo proposto de imunizar a população da área de abrangência.

(Re)Arranjos e (Re)Invenções: ações da equipe em tempos da COVID-19

Fortalecimento de redes de apoio e parcerias relevantes

Conforme dados do E-SUS 2014⁽⁹⁾, os determinantes sociais preponderantes da Vila de Ponta Negra são: o desemprego e o subemprego, trabalhadores autônomos sem carteira assinada, moradias insalubres, além de predominarem como principais situações de saúde a obesidade, o tabagismo e a hipertensão, ou seja, moradores em situação de grande vulnerabilidade social. Diante desses dados, dá para se imaginar a dificuldade que a maioria dos moradores tem para cumprir as medidas de higienização, uso de máscaras e de isolamento.

Nesse contexto, as parcerias institucionais e a articulação de redes de apoio comunitárias e ações de solidariedade foram, sobremaneira, essenciais para o desenvolvimento de atividades que compuseram os (re)arranjos neste momento de pandemia. Destaca-se o fundamental apoio institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através da produção e distribuição de EPIs, materiais instrucionais diversos (protocolos, notas técnicas, manuais e cartilhas), organização de *lives* educativas e criação do teleatendimento aos idosos do território da UBS.

Com o avanço dos casos da Covid-19 e as recomendações do MS, fez-se necessário adotar medidas de proteção à saúde dos profissionais e usuários e apoiar os últimos para adotarem as medidas de higiene. Sabendo-se das condições precárias da maioria dos usuários da unidade, iniciou-se uma campanha para doação de máscaras e de material para montar *kits* higiênicos (água sanitária, sabão em barra, sabonete e máscaras de tecido). O apoio de amigos, professores de universidade, comércio local e dos funcionários permitiu a entrega de mais de 400 *kits*, havendo a possibilidade de mais pessoas serem beneficiadas, já que a campanha ainda não foi concluída.

Projeto Cuca Legal

Este projeto surgiu da preocupação da equipe com relação ao isolamento social das pessoas idosas, no confinamento havia mais de três meses, pelo grande número de informações negativas de familiares sobre mudança de comportamento do idoso. Consiste em promover atividades de estimulação cognitiva, o resgate da criatividade através de atividades de pintura, e incentivar a realização de exercícios físicos. Os idosos recebem, em suas casas, uma cartilha com orientações de exercícios físicos elaborada pelos alunos e professores da UFRN junto com um *kit* (pasta, lápis grafite, borracha, apontador, lápis de cor). Semanalmente levam-se novos exercícios e se averigua como estão sendo feitos e a receptividade do idoso, aproveitando-se para saber sobre a situação de saúde. A partir dessas visitas, já se tem alguns resultados preliminares relatados pelos familiares, que afirmam o quão os idosos estão satisfeitos. Ademais, este projeto tem recebido muitos elogios da imprensa local.

Vigilância à pessoa idosa

A USF também participa da vigilância aos idosos, através de busca ativa realizada por estudantes de diversas universidades públicas e privadas. Diariamente os estudantes ligam para as pessoas idosas, e procuram saber como elas se encontram, quais seus principais anseios, se têm alguma necessidade específica, seja de saúde ou social, entre outras. Teve início em maio de 2020, sendo um subprojeto do projeto do Teleatendimento à COVID-19, uma parceria da UFRN e Secretaria Municipal de Saúde de Natal, Secretaria do Estado da Saúde Pública (SESAP). Uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde da USF Ponta Negra fazem a ponte entre as necessidades colhidas pelos alunos e a USF, procurando dar respostas com maior brevidade. Dentre as várias demandas, solicitadas e percebidas pelos alunos, encontraram-se idosos em vulnerabilidade social, nutricional, por violência doméstica, necessidades de consultas médicas e solidão.

A Vila em movimento: a sala de situação

O Fórum Vila em Movimento consiste em uma rede cidadã, de articulação e mobilização social de indivíduos, organizações e instituições, cujo objetivo é lutar pela garantia e defesa dos direitos humanos e socioambientais. A partir das reuniões do Grupo de Trabalho desse Fórum, surgiu a ideia de uma rede de comunicação para atuar na área da Vila de Ponta Negra. Desse modo, surgiu a Sala de Situação, que tem como objetivo realizar ações preventivas e orientações, além de monitorar dados oriundos do acompanhamento dos sintomáticos respiratórios atendidos na Sala de Priorização de Atendimento (SPA) da USF. Dentre as diversas criações desta sala, destacam-se vídeos educativos e *folders* produzidos por moradores, artistas e profissionais de saúde vinculados às diversas redes sociais; a construção de mapas para saber em quais ruas acontecem os maiores números de casos; criação do grupo de WhatsApp Comunica Vila, além de colocação de faixas com frases sobre a COVID-19, em todos os recantos da Vila e adjacências. Esse grupo se reúne semanalmente para avaliação das ações e planejamento de novas estratégias de enfrentamento à Covid-19.

Comunica Vila

A partir da decretação do distanciamento social, em virtude da pandemia, a equipe de saúde sentiu a necessidade de levar informações às pessoas da Vila, incluindo as mais vulneráveis. Assim, foi criado o grupo de WhatsApp Comunica Vila. Ele é um grupo fechado, no qual diariamente coloca-se, pela manhã, uma mensagem de cunho educativo e, no final da tarde, uma mensagem afetiva, de valorização da pessoa idosa, de esperança, e músicas que tocam o coração. O grupo foi formado com os contatos das pessoas idosas e familiares fornecidos pelos agentes comunitários de saúde.

Vale ressaltar que esses projetos já estão recebendo o reconhecimento dos usuários e familiares, bem como da imprensa local. Tal fato, demonstra a importância e a validade das ações desenvolvidas, além de potencializar a contribuição da APS/ESF em vista de suas iniciativas para o enfrentamento da epidemia.

No entanto, convém destacar que, embora o Brasil tenha um Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecido mundialmente, pela funcionalidade da sua rede de APS, um dos maiores desafios enfrentados pela equipe da USF, objeto deste estudo, diz respeito à falta de equipamentos e condições adequadas para o desempenho de suas atividades em decorrência da falta de financiamento adequado para a APS.

A literatura mostra que a crise atual da saúde não se restringe a uma questão sanitária, ela está relacionada com os campos político, social e econômico. “A força da APS não é apenas um espaço de triagem e de acompanhamento de casos leves da COVID-19, as USFs precisam receber investimentos para cumprir adequadamente o seu papel”⁽¹⁰⁾. Urge a centralização da APS na agenda do MS e que o SUS não seja asfixiado com cortes no seu financiamento. “O sucesso do enfrentamento à Covid-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso”⁽⁶⁾. Destaca-se ainda a necessidade da luta pelo fortalecimento do SUS e a revogação imediata da Emenda Constitucional 95, que ao não aprovar o financiamento universal do SUS, desconsiderou um dos seus princípios básicos; a universalidade. Tal fato compromete, sobremaneira, a garantia dos serviços de saúde a população em geral, e em particular àqueles que dependem unicamente do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o propósito de evidenciar as experiências da equipe de saúde de uma USF no contexto da COVID-19. O seu desenvolvimento permitiu compreender que, mesmo na adversidade, a equipe de saúde (re)inventou ações para garantir a atenção à saúde, tanto aos usuários da demanda pertinente aos protocolos da Estratégia da Saúde da Família, quanto àqueles com suspeita de COVID-19.

Vale desatacar que as enfermeiras da USF estão na linha de frente, demonstrando seu compromisso no enfrentamento da COVID-19, como parte da equipe de saúde, além de dar continuidade às ações cotidianas para garantir a atenção aos indivíduos e famílias, grupos e comunidades das suas áreas adstritas, dentro do território.

Embora este trabalho esteja centralizado em relatos de experiências de uma única USF, espera-se que ele possa incentivar outras publicações mais abrangentes.

Portanto, almeja-se que este estudo possa estimular a socialização de experiências exitosas desenvolvidas pelas USFs/ESF, mesmo vivenciando situações adversas, e contribuir para o reconhecimento do protagonismo da APS como ordenadora do cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília (DF): OPAS; 2020 [cited 2020 Jun 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/covid19/>
2. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 28]; 36(3): e00019620. Doi: 10.1590/0102-311x00019620
3. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 28]; 29(2): e2020044. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200023
4. Instituto Trata Brasil. Saneamento é saúde. Principais estatísticas no Brasil; 2020 [cited 2020 Jun 29]. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/saneamento/principais-estatisticas/no-Brasil/agua>.
5. OXFAM Brasil. Pandemia de coronavírus reforça desigualdades da população mais vulnerável; 2020 [cited 2020 Jun 28]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/pandemia-de-coronavirus-reforca-desigualdades-da-populacao-mais-vulneravel/>
6. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 28]; 29(2):e2020166. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200024

7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Alma-Ata; 2015 [cited 2020 Jun 22]. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Jun 22]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087335>
9. Giovanella L. APS na rede de enfrentamento da Covid – 19. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2020 [cited 2020 Jun 30]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/aps-na-rede-de-enfrentamento-da-covid-19/>
10. Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo; 2020 [cited 2020 Jun 27]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>



AÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira^I

ORCID: 0000-0003-2983-6621

Ailma de Souza Barbosa^{II}

ORCID: 0000-0001-7418-5771

Lenilma Bento de Araújo Meneses^{III}

ORCID: 0000-0001-7966-7411

Verônica Ebrahim Queiroga^{IV}

ORCID: 0000-0001-8816-5851

Maria do Socorro Sousa da Silva^V

ORCID: 0000-0002-7931-834X

Ana Lúcia Teixeira de Lima^{VI}

ORCID: 0000-0003-1761-3316

^{I, II, IV, V} Prefeitura Municipal de João Pessoa.
João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{III, VI} Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{I, III, IV, V, VI} Membros do Departamento Científico de
Enfermagem na Atenção Básica.

Autor Correspondente:

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira
E-mail: fabiolamco@gmail.com



RESUMO

Objetivo: Descrever as ações desenvolvidas junto aos familiares de pessoas com COVID 19, realizadas por uma Equipe de Saúde da Família, do município de João Pessoa.

Metodologia: Estudo descritivo, como um relato de experiência, a partir dos recursos técnicos da abordagem qualitativa descrevendo a reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde por meio da redução de agenda, distanciamento social, etiqueta de higiene, elaboração de fluxos de atendimento, monitoramento com teleatendimentos, planejamento coletivo, imunização, promoção à saúde, prevenção à doença e cuidado com usuários acometidos e familiares.

Resultados: Recriação do processo de trabalho da equipe com adoção de tecnologias de comunicação, prática colaborativa e interdisciplinar, com vistas à promoção da saúde, ancorado na abordagem familiar e comunitária, possibilitando adaptação ao novo contexto.

Considerações Finais: A experiência é relevante e evidencia a importância da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde junto aos familiares de pessoas com COVID 19.

Descritores: Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Epidemia, Coronavírus, Saúde da Família.



INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, de transmissão rápida, foi se espalhando para outros Continentes, chegando de forma avassaladora a quase todos os países, e tem exigido que os serviços de saúde de todo o mundo se reorganizem para atenderem, de forma resolutiva, as necessidades de saúde da população^(1,2).

A situação de pandemia, em nosso país, trouxe algumas revelações. Por um lado, que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o melhor e maior sistema do mundo; e por outro, que é necessária uma melhor estrutura física, organizacional, de gestão e de equipamentos, para que as Redes de Atenção em Saúde (RAS) consigam manter suas atividades de forma integradas e resolutivas. Apenas por meio da organização dos níveis de atenção, são definidos os papéis e fluxos para o atendimento dos sintomáticos respiratórios, incluindo a COVID-19, e de todos os usuários que apresentem as mais diversas necessidades de saúde, evidenciando o alcance da integralidade do cuidado, perpassando pelo trabalho imperativo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da equipe da Atenção Primária de Saúde (APS), seguindo até o atendimento em unidade hospitalares de média e alta complexidade, incluindo as Unidades de Terapias Intensivas (UTI)⁽³⁾.

A APS revela-se fundamental como porta de entrada do SUS no combate à pandemia, oferecendo atendimento aos casos leves, e identificação precoce dos casos graves, que necessitam ser encaminhados para os serviços especializados, respeitando o fluxo do cuidado em todos os níveis da atenção em saúde⁽⁴⁾.

Além dos princípios gerais da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem caráter substitutivo em relação à RAS, nos territórios de atuação das Equipes de Saúde da Família, por atuar no território adscrito; realizar cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional; desenvolver ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua; cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, frente aos problemas de saúde-doença da população de sua responsabilidade; desenvolver atividades, de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional, e tendo, como foco, a família e a comunidade⁽⁵⁾. Todo esse conhecimento e estrutura em Redes colocam a APS como a principal aliada ao enfrentamento do Cononavírus.

A atenção integral à saúde de toda a família é um objetivo inalienável do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A partir desses valores, deve garantir a todo cidadão e cidadã uma atenção integral diante das suas necessidades de saúde, possibilitando o acesso qualificado e a assistência humanizada, sem preconceitos, discriminação ou privilégios⁽⁶⁾.

A ESF emerge como um modelo reorganizador do SUS e privilegia o núcleo familiar como instituição necessária para intervir no processo saúde-doença, nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, reabilitação e vigilância em saúde.⁶

No enfrentamento da COVID-19, a Atenção Primária em Saúde, por meio da ESF, tem exercido papel central na prevenção e controle de doenças, sendo capaz de colaborar estrategicamente com a redução do risco de transmissão da doença, a partir do diagnóstico precoce, acompanhamento e monitoramento do indivíduo, família e comunidade⁽⁷⁾. Assume-se, portanto, papel resolutivo frente aos casos leves e de identificação precoce e encaminhamento efetivo e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado desses últimos.

A estratificação de intensidade da Síndrome Gripal (SG) é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF, ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais⁽⁸⁾. Os casos de SG, sem complicações ou sem comorbidades de risco, serão conduzidos pela APS/ESF. Logo, faz-se obrigatório o acompanhamento desses usuários pelos profissionais ao longo do curso da doença, utilizando estratégias coletivas, interprofissionais e intersetoriais⁽⁸⁾.

Sensibilizadas por essa conjuntura, a equipe de saúde buscou estratégias de enfrentamento à COVID-19, de forma a desenvolver ações junto aos familiares de pessoas com COVID 19, para conter a disseminação no território assistido. Desse modo, deve-se evidenciar o Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde forte.

OBJETIVOS

Descrever as ações desenvolvidas junto aos familiares de pessoas com COVID 19, realizadas por uma Equipe de Saúde da Família do município de João Pessoa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, como relato de experiência, a partir dos recursos técnicos da abordagem qualitativa, segundo Minayo⁽⁹⁾, de acordo com a concepção pedagógica, centrada no sujeito de aprendizagem, focada no desenvolvimento de competências, e a consequente valorização da experiência, para que ocorra aprendizagem significativa.

O cenário, em análise, foi uma Unidade Saúde da Família (USF), pertencente ao Distrito Sanitário V, do município de João Pessoa/Paraíba (PB). Esta USF atua em um prédio próprio, com uma Equipe de Saúde da Família, composta por 20 trabalhadores: um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, dez agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de serviços gerais, um vigilante e uma gerente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse novo contexto de pandemia, muitos profissionais se afastaram do serviço por condições de doença pré-existentes e adquiridas, ficando uma quantidade mínima de profissionais: em torno de dez pessoas na atenção do cuidado aos usuários.

O público alvo foram os familiares de pessoas acometidas pelo coronavírus na área adscrita do serviço de saúde, tomando, por base, a realização da testagem rápida, na própria Unidade de Saúde, conforme critérios estabelecidos no protocolo municipal de agendamento, a partir do 10º dia do início dos sintomas de SG, com risco para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), coronavírus\COVID-19. Outros sintomas se apresentaram como febre, tosse seca, conjuntivite, dor de garganta, cefaleia, diarreia, perda do olfato ou paladar, principalmente desconforto respiratório e falta de ar. O laudo conclusivo seria entregue ao usuário, e consolidados os números positivos e negativos em planilha exclusiva de testagem, impressos padronizados pela gestão municipal.

A articulação com a rede de saúde também é fundamental, incluindo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Hospitais de Referência, com impresso elaborado especialmente para casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.

Além do usuário, os familiares precisavam ser orientados quanto ao cuidado com o doente em domicílio, atendendo ao isolamento domiciliar e medidas protetivas dos familiares dentro da casa, por meio da criação de instrumentos educacionais e orientações de saúde, como: jingle (letra e música); criação de vídeos com os trabalhadores, professores e estudantes com orientações de etiqueta de higiene; esclarecimento sobre cuidados e formas de contágio da doença e criação de Podcast.

RESULTADOS

A Saúde Pública foi surpreendida, no mês de março, com um contexto novo de Pandemia do novo coronavírus. Como repensar o processo de trabalho da equipe no momento em que a única medida de conter a disseminação do vírus era ficar em casa? Neste tempo de distanciamento social, a equipe não pôde realizar visitas domiciliares de rotina, e os ACS foram afastados dos seus territórios. Que estratégias utilizar para acompanhar e aproximar esses usuários do território aos profissionais da equipe? Como fazer a APS manter suas atividades e criar fluxo de atendimento para os sintomáticos respiratórios? Pensar coletivamente, problematizar e refletir o processo de trabalho e o cuidado ofertado foi uma estratégia precípua. Tudo começou em meados de abril, ainda no período da imunização, com a oferta de vacina contra influenza dos acamados, idosos e restritos ao lar. Esse trabalho realizado pela equipe de enfermagem, casa a casa, já foi primordial. Ao

indagar como andava a saúde, recebíamos como resposta que, na casa, existiam pessoas com febre, tosse e dor de garganta, sintomas mais frequentes da atual doença; e a mídia já noticiava casos confirmados no município de João Pessoa com vítimas fatais. No próprio domicílio, as orientações eram dadas, alertando para os sinais de agravo e com recomendação da necessidade de distanciamento social e de orientações e reforço de medidas de higiene ao usuário acometido e seus familiares.

Como estratégia de enfrentamento à COVID-19, os profissionais de saúde foram capacitados pelo Ministério da Saúde e a gestão municipal viabilizou os protocolos de manejo clínico, assim como propiciou medidas de biossegurança para garantir a proteção dos trabalhadores e usuários. Nesse ínterim, os fluxos de atendimentos na Unidade de Saúde foram repensados, utilizaram-se da gestão da clínica para organizar os atendimentos de demandas dos sintomáticos gripais e de sua família, como também das outras demandas da Atenção Primária.

A USF disponibilizou uma Farmácia Polo que permaneceu aberta, e garantiu a dispensação dos medicamentos de uso regular da APS, com fluxo orientado e com controle de higienização.

Os profissionais tiveram que se reinventar, vencer desafios e buscar ferramentas tecnológicas para melhorar a comunicação e o diálogo com a comunidade a fim de realizar o monitoramento à distância. Sendo assim, utilizou-se do teleatendimento aos usuários de risco e os atendimentos presenciais para os não riscos. Foi um momento bem difícil, pois muitas incertezas, medo e tensão tomavam conta dos profissionais e da comunidade.

Os atendimentos às linhas de cuidado permaneceram com agenda programada (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador), embora com redução de agenda, sempre com hora marcada e seguindo com todos os protocolos preconizados. A Saúde Bucal, embora com exposição maior de risco de contaminação, permaneceu com atendimentos de urgências e, também, colaborando com o trabalho da equipe.

Inicialmente, por não ter nenhum caso confirmado no território, os usuários foram resistentes em seguir as orientações do uso da máscara e em ficar em casa. Os dias foram se passando, os testes rápidos chegaram e os positivos se confirmaram. Foi, nesse momento, que a equipe percebeu como é difícil cumprir protocolos quando os determinantes e condicionantes da saúde, como alimentação e moradia, não favorecem para a população mais vulnerável. Surgiram os questionamentos: Como isolar, em um único cômodo, uma única pessoa quando a casa tem cinco ou seis moradores? Como fazer para criar uma rede de proteção quando não é fácil deixar de se abraçar? Como incorporar o uso da máscara na vida das pessoas? Como ajudar os familiares das pessoas com COVID 19?

Foram inquietações que provocaram sentimento de impotência, advindo da implicação do profissional ao seu território de atuação, da importância do vínculo e do reconhecimento do território, no sentindo de conhecer o contexto em que vivem as famílias. E por meio do diálogo, identificar recursos básicos, como água e sabão; respeitar as limitações da ambiência; fazer adaptações no domicílio, como armar redes na sala, nos corredores entre os quartos; separar os utensílios pessoais; e manter contato, através de aplicativos de mensagens, com a equipe de saúde. Estas foram algumas ações/estratégias desenvolvidas. Ressalta-se, ainda, a importância da tecnologia de informação, neste momento de Pandemia, que tem aproximado as pessoas e facilitado a comunicação.

Sabe-se que o trabalho na APS acontece de forma multiprofissional e, neste contexto, constata-se a grande importância dos profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, recepcionistas, auxiliar administrativo e de serviços gerais, gerente e agente comunitário de saúde) dessa equipe, realizando, junto com os cirurgiões dentistas e farmacêuticos, práticas interprofissionais e colaborativas.

Portanto, a força do SUS está na base, no fazer, no ser, no viver, no dia a dia, por isso tem mostrado um trabalho fantástico e resolutivo, na medida em que mostra, para todos, que é possível se reinventar, mostrar por que somos fortes, e essa força parte da vontade e do desejo de transformar as práticas de cuidado na perspectiva da necessidade do usuário.

Cuidar das pessoas e enfrentar o adoecimento talvez tenham sido os maiores desafios para os profissionais da equipe, quando quatro trabalhadores foram infectados pelo vírus e tiveram que enfrentar o medo e a tensão de não saberem como seria esse percurso. Outro momento difícil foi o óbito de um usuário muito querido pela equipe e pela comunidade que, apesar de morar sozinho, os familiares estão sentindo sua ausência, principalmente a ex companheira que, todos os dias, tem procurado a unidade de saúde, sempre muito queixosa, que é acolhida com dedicação, escuta qualificada e amorosa.

Outra forma de oferta de cuidado tem sido as Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), como a auriculoterapia e os florais, que têm contribuído para melhorar a saúde mental e emocional dos trabalhadores e dos usuários.

Essa experiência trouxe resultados positivos, como a criação de fluxos de atendimentos, com redução do número de cadeiras na recepção e consultórios, favorecendo o distanciamento de, no mínimo, 1 (um) metro, bem como sinalização horizontal ou vertical de direções para área específica de atendimento aos sintomáticos respiratórios, e outra para não sintomáticos; uso obrigatório de máscara de proteção facial para usuários e trabalhadores e reforço da lavagem das mãos e borrifação de álcool líquido a 70%, na entrada da unidade para todos; organização das demandas de atendimentos dos grupos prioritários como gestantes, puérperas/recém-nascidos, portadores de doenças crônicas degenerativas, entre outros.

A gestão municipal disponibilizou um impresso para registro do atendimento específico ao sintomático respiratório e quadro de monitoramento a cada 48 horas, por telefone; e o preenchimento manual ou online da ficha de notificação compulsória obrigatória e imediata até 24 horas para informação de boletim à Vigilância Epidemiológica (VIEP) de casos suspeitos ou confirmados foi intensificado. Isso potencializa as tomadas de decisões de medidas restritivas para o combate à disseminação da epidemia, pela equipe na área adscrita. Também os dados se mantêm atualizados e os profissionais têm ciência da realidade de seu território. A parceria com a Gerente da unidade, com a equipe do Distrito Sanitário fortalece o trabalho em equipe.

A divulgação e repercussão da música no território adscrito e áreas adjacentes, através do motosom do jingle e nas redes sociais, como também nas principais rádios do município de João Pessoa, foram muito importantes para aliviar o estresse diante de um momento tão tenso e receber uma informação acessível.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Mais uma vez, a enfermagem se destaca pelo protagonismo, junto à equipe de saúde da família, aos usuários e à população da área adscrita. A organização de espaço, as estratégias realizadas e o estímulo ao trabalho, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, proporcionaram um diferencial no enfrentamento e combate à COVID-19, sem esquecer as demandas inerentes da APS.

Para os profissionais, surgiu a necessidade de se reinventar no processo de trabalho, e a maneira de desenvolver ações estratégicas de promoção à saúde e prevenção da doença, em tempos de pandemia. A experiência vivenciada pelos trabalhadores, especialmente para a equipe de enfermagem, durante a vacinação para influenza, que ocorreu no início da pandemia para idosos acamados em domicílio, possibilitando identificar sintomáticos gripais e, no momento, já orientar sobre isolamento domiciliar diante as condições reais e, de forma prévia, ir preparando a comunidade sobre o atual contexto do problema de emergência de Saúde Pública.

À medida que a equipe otimizava a visita para a busca ativa de casos, evidenciava-se o caráter de humanização e de vínculo com os usuários acometidos pela doença, junto aos seus familiares, por meio do desenvolvimento de ações estratégicas voltadas ao enfrentamento da COVID-19, na área de abrangência da equipe.

Infere-se que essa iniciativa possa inspirar outros atores no planejamento e execução de ações estratégicas, e sirva de modelo para os demais profissionais, para repensarem suas práticas, a partir de um novo olhar, um novo fazer.

Acredita-se que este relato possa servir de base para promover o comparativo com novos estudos e relatos de experiências em muitos cenários, assim como possibilitar outras experiências e colaborar com a ciência.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Pode-se inferir, como limitação, o pouco conhecimento dos profissionais do uso das tecnologias da informação, como ferramenta de aproximação, comunicação e orientações em saúde com a comunidade e como instrumento de vigilância em saúde. Assim como identificar, neste momento de distanciamento social, parcerias intersetoriais que possam acolher as demandas do território, e contribuir com o trabalho da equipe de saúde, em busca de superar os gargalos e silêncios ao despreparo dos profissionais pela integralidade do cuidado e pelo trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre o contexto mundial e local que esta Pandemia do novo coronavírus provocou no SUS, inicialmente, sobrevieram sentimentos de incertezas, inquietações, medo e tensão. Passados os primeiros impactos, desafiados por esta nova realidade e pelo desejo de construir formas de enfrentamento dos dinâmicos e complexos problemas de saúde da comunidade, os profissionais soltaram suas vozes e impulsionaram adaptações, e a resignificação do cuidado ofertado aos usuários do SUS foi evidente, uma característica de uma APS forte.

As facetas desveladas nesta experiência vivenciada na APS/ESF, com o advento da Pandemia, lançaram rumos a outros caminhos desafiadores. A certeza de que a consolidação dos processos, disparados na singularidade de cada território da APS/ESF, deve perpassar pelo apoio institucional, pelo financiamento, pela valorização do trabalhador, pela efetivação da integração das equipes de saúde, pela prática colaborativa, pelo reforço das tecnologias de saúde e comunicação, como potencializador da vigilância em saúde e da gestão da clínica.

Os resultados apresentaram-se favoráveis, por meio de estratégias viáveis e significativas, para o real entendimento da situação de saúde-doença da população, colaboração do usuário doente e de seus familiares, levando em consideração o contexto de vida, condições de moradia, social e sanitária, para a nova forma de cuidar da saúde de maneira individual e coletiva.

Por fim, tem-se a consciência de que o caminho a ser trilhado na busca do cuidado de qualidade é árduo, porém vislumbra-se um SUS que resiste, que está vivo, e temos o privilégio de fazer parte desta construção. Diante dessa premissa, não se pretendeu apresentar soluções prescritivas, pois se entende que, à medida que novas situações se apresentam, novos modos de pensar e agir também vão acontecendo na APS/ESF. Esse é o SUS que temos e queremos!!

REFERÊNCIAS

1. WHO. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. 2020. [Acesso em 24/06/2020]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
2. Gorbalenya AE, Baer SC, Baric RS. Et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol, p. 536–544. 2020. [Acesso em 24/06/2020]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7095448/.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, maio de 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde –Versão 09-Brasília, abril 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 3 ed. Brasília - DF. 2009

6. Ramalho L, Silva JA. Projeto Pedagógico (recurso eletrônico) - Natal: SEDIS-UFRN, 2017. [Acesso em 24/06/2020]. Disponível em: <https://lais.huol.ufrn.br/wp-content/uploads/2020/06/Bibliografia-para-fase-2-projeto-pedagogico-Edital-029-2020.pdf>.
7. Barbosa SP, Silva AVFGA. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. APS em Revista, v. 2, n. 1, p.17-19. 2020. [Acesso em 24/06/2020]. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília- DF, 2020:32p. [Acesso em 24/06/2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 406 p.



ARTICULAÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA COM E PARA COMUNIDADES TRADICIONAIS DA AMAZÔNIA PARAENSE

Nádile Juliane Costa de Castro^I

ORCID: 0000-0002-7675-5106

Perla Katheleen Valente Corrêa^{II}

ORCID: 0000-0003-0623-5073

Ingrid Fabiane Santos da Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-9191-833X

Karytta Sousa Naka^{III}

ORCID: 0000-0001-9859-0341

William Dias Borges^{IV}

ORCID: 0000-0002-7671-7855

Wanderson Santiago de Azevedo Júnior^I

ORCID: 0000-0001-6125-3261

^I Universidade Federal do Pará.
Belém, Pará, Brasil.

^{II} Universidade da Amazônia.
Belém, Pará, Brasil.

^{III} Programa de Pós-Graduação, Escolade Enfermagem Nery,
Doutoranda.

^{IV} Instituto Evandro Chagas.
Belém, Pará, Brasil.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutoranda.

^V Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua.
Ananindeua, Pará, Brasil.

Universidade de São Paulo, Doutorando.
Universidade Federal do Pará.
Belém, Pará, Brasil.

Discente, Bolsista de Extensão Universitária.

^{VI} Membros do Departamento Científico de Enfermagem
na Atenção Básica-ABEn Seção PA.

Autor Correspondente:

Nádile Juliane Costa de Castro
E-mail: nadiledecastro@hotmail.com



RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência de enfermeiros na articulação político-científica por meio de tecnologia remota com populações tradicionais da Amazônia paraense no combate a pandemia da covid-19 no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Método: Relato de experiência de abordagem descritiva-reflexiva a partir de ações via projeto de combate à pandemia e do uso de tecnologias remotas.

Resultados: Foi realizado roteiro pré-determinado de acordo com os dados observados nas plataformas digitais vinculados a temática. A ação identificou por meio da interação tecnológica os processos de organização e enfrentamento das comunidades e destas com os serviços de atenção primária à saúde que incluíram criação de comitê de assessoramento, produção de tecnologias educativas, fortalecimento dos vínculos institucionais.

Considerações finais: As salas virtuais permitem que sejam realizadas atividades com representações das comunidades de diversas localidades possibilitando a identificação de ações e demandas da atenção primária a partir do diálogo sistematizado por um roteiro pré-determinado.

Descritores: Atenção primária à saúde; Tecnologia; Pandemias; Enfermagem



INTRODUÇÃO

A infecção respiratória denominada COVID-19, transmitida pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) iniciada em dezembro de 2019 na China, foi declarada como uma pandemia em 11 de março de 2020⁽¹⁾. No mundo já são 10.195.680 milhões de contaminados pelo vírus e 502.802 mil mortes, no Brasil 1.345.254 milhão de contaminados e 57.658 mortos, ficando atrás apenas dos EUA que apresenta o maior número de casos confirmados⁽²⁾.

Estas demandas trouxeram uma nova configuração mundial e demandou que fossem organizadas estratégias para combate a pandemia, o que acelerou o processo de informação e comunicação, observados contextos diferentes e necessidades regionais. Diante deste cenário, diversas entidades, incluindo o Ministério da Saúde (MS) criaram protocolos a fim de suprir tais demandas⁽³⁾. Ressalta-se a importância destas articulações pois, no Brasil os principais estados com maior número de casos são: São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pará e Maranhão respectivamente, que representam diferentes contextos frente à pandemia, com características dinâmicas. Destaca-se que em todos os estados brasileiros a contaminação é considerada comunitária, ou seja, quando a disseminação do vírus acontece dentro do próprio território e não é mais possível rastrear a origem da contaminação.

O país apresenta um processo de expansão rápida e de interiorização da pandemia da COVID-19, atingindo locais remotos e de difícil acesso. É neste contexto que as comunidades tradicionais da Amazônia estão inseridas, em locais longínquos e remotos, em sua maioria no meio rural/campo, no interior das florestas, e as margens de rios e igarapés, onde já se tem casos registrados de infecção e morte pelo novo coronavírus, sobretudo entre quilombolas e indígenas⁽⁴⁾.

A Política Nacional de Saúde Integral dos povos do campo e das florestas caracteriza este grupo como comunidades que apresentam modos de vida e (re)produção social ligados a terra. Neste grande grupo são abarcados camponeses, ribeirinhos, quilombolas, populações atingidas por barragens, comunidades extrativistas e/ou aquáticas e ainda os povos indígenas, que apesar de não serem mencionados pela política, compõem junto com os demais o grande conjunto de grupos e populações tradicionais que habitam a região amazônica⁽⁵⁾.

A Pandemia do novo coronavírus nos povos tradicionais da Amazônia tem se revelado um grande problema, com diversos entraves para conter o avanço da doença, dada a invisibilidade do número de casos confirmados e do número de óbitos que acontecem entre esses grupos que não são divulgados pela grande mídia, bem como a subnotificação dos dados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federativas, ainda também dificuldades e recusa no acesso aos exames às pessoas sintomáticas, impactando diretamente estes grupos que por fatores históricos, econômicos e sociais apresentam maior vulnerabilidade na sociedade, devido as precárias condições de acesso aos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Neste sentido, a Associação Brasileira de Enfermagem seção Pará (ABEn PA) através de seu Departamento Científico de Enfermagem na Atenção Básica (DEAB ABEn PA) promoveu momentos de discussões em eventos virtuais que buscaram refletir sobre a realidade destes grupos e comunidades, trazendo também o olhar de estudiosos sobre o tema no contexto da atenção primária à saúde.

OBJETIVO

Descrever a experiência de enfermeiros na articulação político-científica por meio de tecnologia remota com populações tradicionais da Amazônia paraense no combate à pandemia da Covid-19 no contexto da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Processo de desenvolvimento da experiência

Trata-se de um relato de experiência de abordagem descritiva-reflexiva, baseado em ações realizadas em combate à pandemia da COVID-19 e o uso de tecnologias remotas. Este relato faz parte das atividades

organizadas pela ABEn PA a partir do projeto intitulado 'ABEn Pará na luta contra a pandemia da COVID-19', iniciadas em março de 2020 com o objetivo de refletir sobre as condições de saúde e os avanços nas práticas de cuidado de Enfermagem atrelados a pandemia, por meio da execução de *Webinars*⁽⁷⁾ com discussão de temáticas dentro do contexto da pandemia da COVID-19. Estas ações foram organizadas pelo DEAB, Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) e Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG).

Os temas consideraram o contexto regional dos serviços de atenção primária à saúde ofertados às comunidades da Amazônia paraense. No mês de junho de 2020, foram desenvolvidas ações direcionadas para populações tradicionais com participação de enfermeiros, representantes e líderes de povos indígenas e de comunidades quilombolas, sendo esta atividade específica coordenada e executada pelo DEAB.

Para execução das atividades foi utilizada a tecnologia de comunicação a partir da ferramenta via *web* denominada *StreamYard*, a qual permitiu a captação e transmissão de videoconferências simultâneas com o canal do YouTube e página do Facebook da seção. Como suporte foi definido um roteiro pré-estabelecido padronizado para as atividades on-line do projeto, assim como o uso da plataforma social *WhatsApp* como suporte paralelo.

Construção do roteiro e dinâmica executada

Para execução da atividade foi construído roteiro pré-determinado a partir dos objetivos propostos nas webinars: 1) Desenvolvimento de atividades científicas em sala virtual em um tempo programado, em média 1h para execução de atividades de suporte e 2h ao vivo 2) Comunicação com associados da seção, profissionais de educação, saúde e áreas afins sobre temas pertinentes ao contexto da pandemia. Para tal considerou-se o compartilhamento do roteiro em até 48h com os participantes, incluindo links de acesso a sala e links para compartilhamento do canal de transmissão.

A ação foi dividida em três momentos, sendo o primeiro com o objetivo de realizar explanação da temática considerando dados científicos, informações de órgãos oficiais de saúde e de entidades representativas dos povos indígenas e quilombolas realizada pelo coordenador da webinars/tema, com expertise na área. No segundo momento, o tema deveria ser abordado individualmente pelos convidados a partir de suas vivências e realidades a partir do tema central. A terceira parte compreendeu perguntas direcionadas pelo mediador e selecionadas no *chat* via participação externa, considerando os pontos pertinentes quando o processo de trabalho dos profissionais dos serviços de atenção primária à saúde e organização pelas comunidades. Por fim, a dinâmica final compreendeu a análise geral do mediador e as considerações das representações quanto o contexto regional, local e frente aos serviços de atenção à saúde.

RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Articulações entre enfermagem e comunidades

A enfermagem apresenta um importante papel no contexto de ações em saúde, principalmente, na atenção primária à saúde, visto que a enfermagem, historicamente, está em diferentes espaços, desenvolvendo papel de educador, disseminador de informações e esclarecedor de dúvidas⁽⁸⁾. Dessa forma, as articulações realizadas nesta experiência pelos profissionais de enfermagem possibilitaram compartilhar o conhecimento no contexto regional da pandemia e situações de vulnerabilidade ocorridas nas comunidades.

Dentre as articulações visualizadas, destacou-se a construção das vivências dos povos indígenas e comunidades quilombolas com o conhecimento científico a partir da interação dos sujeitos envolvidos por um interesse comum: os impactos da covid-19 na saúde das populações tradicionais amazônicas; acesso aos serviços de saúde e as políticas públicas com as ações emergenciais em resposta à pandemia. As webinars

se propôs a esta interação, pois por meio da atividade remota tem permitindo desenvolver atividades de extensão na área de educação^(7,9).

Assim, os webinários foram desenvolvidos levando em consideração a discussão sobre a pandemia da COVID-19 e as situações específicas vivenciadas pelas comunidades indígenas e quilombolas, visando a troca de experiências entre essas populações e os profissionais de enfermagem. Ressalta-se que a partir desta tecnologia de comunicação foi possível alcançar profissionais e populações em diversos lugares, possibilitando maior dinamismo em relação aos assuntos difundidos e maior interação social/virtual, reforçando a importância de atividades envolvendo a população e a valorização local, de modo *on line* como recomendado quando de atividades que envolvem grupos e tenham grande alcance⁽⁹⁾.

Estratégias para as demandas apresentadas

O aumento dos casos da COVID-19 entre povos e populações tradicionais vem aumentando significativamente, sendo um importante problema de saúde pública, uma vez que estes enfrentam dificuldades para o acesso aos serviços de saúde e estão em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Por estes motivos, o debate sobre as realidades de saúde dos povos indígenas é fundamental, sobretudo que foi considerado as condições geográficas da Amazônia paraense que dificultam o acesso aos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Importante ressaltar que os povos indígenas possuem política específica quando da atenção primária em saúde seus territórios, diferente das populações quilombolas que dependem da rede de atenção primária à saúde padrão. Esta condição levantou duas questões centrais que envolvem as demandas citadas ao longo da webinar: 1) O compromisso dos órgãos competentes para com os povos indígenas frente a esta política; 2) Ausência de protocolos para a notificação e a condução de casos de COVID-19 entre as comunidades tradicionais; e as diversas dificuldades que são observadas durante esse processo.

Entende-se que as demandas da atenção primária à devem ser pontuais, compreendendo as peculiaridades de cada povo e população, dos territórios em que estes se encontram e demais vulnerabilidades inseridas⁽⁶⁾. Neste momento observa-se no cenário da pandemia o crescente uso de webinars para discussão de tais fatos e debates para formulação de estratégias para e com este público, o que vem ser positivo pelo seu alcance. No entanto, é necessário atentar-se para as diversas realidades regionais⁽⁴⁾ o que implica em contínuos debates de modo a alcançar diversas representações e lideranças, inclusive inserindo coordenadores de políticas voltadas a estes grupos.

No que remete aos protocolos para notificação e condução de casos, há relato de atividades pelos distritos de saúde indígenas que vem intensificando os trabalhos para implantação de melhorias na qualidade da assistência à saúde⁽¹⁰⁾. Nota-se, ao contrário, a ausência de protocolos específicos às comunidades quilombolas, que é resultado da presença de uma política específica de atenção básica nas aldeias, o que representa um desafio que os quilombos enfrentam durante esta pandemia, que incluem barreira no atendimento; precariedade e sucateamento dos serviços de saúde; os atendimentos em saúde; na qualidade de vida, renda, moradia, saneamento básico, educação, trabalho e renda.

LIMITAÇÕES DA EXPERIÊNCIA

A ideia inicial para composição do diálogo era convidar profissionais Enfermeiros que estivessem atuando na linha de frente dos cuidados aos povos indígenas em combate a covid-19, levando em consideração que tais profissionais teriam mais propriedade sobre a temática e poderiam enriquecer e contribuir com o presente momento, relatando suas experiências, as atividades desenvolvidas, assim como, as fragilidades vivenciadas. Entretanto, não houve a liberação dos profissionais convidados, fato que limitou parcialmente o alcance dos objetivos planejados inicialmente.

Importante ressaltar também a existência da desigualdade em relação a acessibilidade virtual relacionados ao sinal de internet, principalmente na Região Norte e durante o diálogo houve muitos momentos de

falhas na comunicação por conta da limitação de acesso e instabilidade da rede de acesso à internet, o que desencadeou interrupções na participação de alguns componentes do diálogo, dificultando a conclusão de algumas falas.

Por tratar-se de grupos específicos e diversificados, o presente relato, apesar de ter similaridade com outras realidades indígenas e quilombolas, não pode ser generalizado às demais, mas podem ajudar a ilustrar e apontar reflexões e caminhos possíveis.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DE ENFERMAGEM

É essencial levar em consideração as especificidades dos grupos populacionais, neste caso, os povos indígenas, que possuem seu modo de ver e entender o processo saúde-doença, crenças, hábitos e costumes que não são levados em consideração. Estratégias de articulação remota podem iniciar a discussão, dar visibilidade e fomentar articulações entre instituições de Enfermagem com diversas áreas e o campo da saúde coletiva.

Através do diálogo realizado tal premissa foi evidenciada, a falta de organização prévia, por parte dos órgãos responsáveis pela saúde dos povos indígenas e a necessidade da criação de um protocolo específico que considere os aspectos inerentes desse grupo populacional e neste sentido a Enfermagem precisa estar conectada com essa necessidade.

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas preconiza que as ações da atenção primária à saúde sejam desenvolvidas nas aldeias, caso seja necessário um atendimento que esteja inserido em outro nível de complexidade, a população indígena deve ser referenciada para os serviços de média e alta complexidades mais próximos das aldeias, sendo ideal um fluxo bem desenhado para que a resolutividade seja alcançada.

Entretanto, ficou evidente durante o diálogo, a necessidade do fortalecimento da atenção primária à saúde que como referido anteriormente, deve ser desenvolvida nas aldeias, evitando-se assim, a referência desnecessária e a exposição do (a) indígena, principalmente em tempos de pandemia, levando em consideração, a vulnerabilidade imunológica desses povos.

Sob essa ótica, cabe frisar a importância de aliar os conhecimentos tradicionais (uso de chás, banhos, unguentos, pajelança) com os conhecimentos biomédicos (técnicos/científicos), entendendo que ambos devem ser valorizados e que precisam se correlacionar, sem o desmerecimento de nenhum e para os profissionais que atuam junto aos povos indígenas, esse é um grande desafio.

Ainda no contexto da resolutividade da atenção primária à saúde, foi mencionado durante o diálogo, a importância das ações de educação em saúde, que devem ser fortalecidas, com abordagens que aproximem a temática da covid-19 dos povos indígenas, através de uma linguagem clara, direta, com o uso de tecnologias leves que propiciem o conhecimento sobre o assunto.

Neste sentido, é importante mencionar que a Enfermagem possui um papel fundamental no referido processo, pois, além de ser formada para cuidar, através da aplicação de uma visão holística e científica, é a categoria com maior quantitativo de profissionais que atua no subsistema de saúde indígena, sendo essencial que a mesma desenvolva ações que visem a produção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indígenas e quilombolas são seguimentos populacionais que representam uma parte de um país continental sociodiverso como o Brasil. Estes povos e populações tradicionais vivem uma invisibilidade por habitarem ambientes rurais distantes dos centros urbanos e midiáticos e sofrerem racismo institucional, isto se reflete em realidades de exclusão e abandono.

Deste modo, ainda que pese as dificuldades de conexão pela internet, inclusive vivenciadas no momento da transmissão, sendo isto, uma realidade cotidiana destes, iniciativas como estas evidenciam realidades invisibilizadas, apontando caminhos possíveis para um cenário desafiador. A troca de saberes através do meio

digital e interativo foi enriquecedor. O debate remoto no formato de webinar, foi uma oportunidade de aproximar lideranças destes povos tradicionais e pesquisadores da área em uma perspectiva emancipatória dos agentes sociais envolvidos.

Infelizmente, no Brasil a partir de algumas representações governamentais, vive-se e executa-se uma política negligente em relação às populações tradicionais, o que, temerosamente, vê-se implicar em um etnocídio diante dos interesses na exploração dos recursos naturais, minerais e interesses de grandes ruralistas.

Por fim, a Associação Brasileira de Enfermagem promovendo estes espaços de interlocução, mesmo que de forma remota, adequada aos tempos de pandemia, mostra um compromisso ético e coerente com seus princípios estatutários contribuindo na defesa da vida, da democracia e de uma de suas conquistas, que é um Sistema Único de Saúde para todos, com o peso equitativo às populações em situação de vulnerabilidades instaladas e/ ou históricas a se superar e manejar.

REFERÊNCIAS

1. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 jun 25]; 395(10228):931-4. Available from: <https://www.preventionweb.net/publications/view/70846>
2. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center. [Internet] 2020 [cited 2020 jun 25] Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/ GGTES/ANVISA. 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. [Internet]. 2020 [cited 2020 jun 28]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
4. Fundação Oswaldo Cruz. Monitora Covid-19: Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Nota técnica. [Internet] 2020 [cited from 2020 jun 26]. Available from: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_2.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. [Internet] 2013 [cited from 2020 jun 26]. Available from <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>.
6. Carmo ME, Guizarde FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(3): e00101417. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
7. Tudo sobre webinar. Webinar: Tudo o que você precisa saber. [Internet] 2020 [cited 2020 jun]. Available from: <https://www.tudosobrewebinar.com.br/o-que-e-webinario>
8. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24: e2721. doi: 10.1590/1518-8345.0880.2721
9. Anderson KP, Pulec KE, SKellyCD, Wrigth AD, Greene EA. Reach versus impact: Comparing webinars and Online Short Course for Education Outcomes. *Journal de Extension* [Internet] 2020 [cited 2020 jun 27] 58(1). Available from: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1248252>
10. Tinna O. População Indígena recebe assistência durante a pandemia de coronavírus. Agência Brasil. Ministério da Saúde. [Internet] 2020. [cited 2020 jun 30]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47035-populacao-indigena-recebe-assistencia-durante-a-pandemia-de-coronavirus>



A VOZ DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: CÍRCULO DE CULTURA VIRTUAL*

Carine Vendruscolo^I

ORCID: 0000-0002-5163-4789

Denise Antunes de Azambuja Zocche^{II}

ORCID: 0000-0003-4754-8439

Jeane Barros de Souza^{III}

ORCID: 0000-0002-0512-9765

Ivonete Terezinha Schuller Buss Heidemann^{IV}

ORCID: 0000-0001-6216-1633

Arnildo Korb^V

ORCID: 0000-0001-7333-0754

^{I,II,III,IV} Universidade do Estado de Santa Catarina.
Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^V Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{I,II} Membros do Departamento Científico de
Enfermagem na Atenção Básica-ABEn Seção SC

Autor Correspondente:

Carine Vendruscolo

E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br



RESUMO

Objetivo: relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na linha de frente do combate à *Coronavirus Disease 2019* sobre os seus desafios, no momento pandêmico.

Método: foi realizado um Círculo de Cultura virtual, que utilizou como método o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Para desenvolver as fases do Itinerário utilizou-se como metáfora a figura de um estetoscópio e considerou-se: o diafragma o a Investigação Temática; o tubo de condução a Codificação e Descodificação; e as hastes e olivas o Desvelamento Crítico. Participaram 15 enfermeiras, egressas e estudantes de um Mestrado Profissional.

Resultados: as enfermeiras refletem sobre a necessidade de ter voz, em meio aos ruídos que emergem da ciência, da política e dos seus sentimentos, enquanto profissionais e seres humanos, nesse momento histórico.

Considerações finais: o Círculo de Cultura virtual possibilitou o (re)pensar das enfermeiras sobre o seu papel em meio à pandemia. Apesar dos desafios, há uma oportunidade para desenvolvimento da profissão.

Descritores: Quarentena; Doenças transmissíveis; Profissionais de enfermagem; Enfermagem; Adaptação psicológica.

* Uma versão, ampliada e sob outra ótica, deste capítulo está em avaliação por periódico científico da área de enfermagem.



INTRODUÇÃO

“O surto viral pulveriza este senso comum e evapora a segurança de um dia para o outro. Sabemos que a pandemia não é cega e tem alvos privilegiados, mas mesmo assim cria-se com ela uma consciência de comunhão planetária, de algum modo democrática. A etimologia do termo pandemia diz isso mesmo: todo o povo. A tragédia é que neste caso a melhor maneira de sermos solidários uns com os outros é isolarmo-nos uns dos outros e nem sequer nos tocarmos. É uma estranha comunhão de destinos. Não serão possíveis outras?”⁽¹⁾.

A humanidade vivencia a epidemia do coronavírus, como uma crise jamais imaginada, em plena segunda década do século XXI. Em metrópoles como São Paulo, Brasil, observa-se a discrepância entre pessoas vivendo em condições favoráveis para o enfrentamento da epidemia e, ao mesmo tempo, outras em situações bastante insalubres, em termos de condições básicas de vida. O agravamento das iniquidades produzidas por estas situações desiguais são só um, dentre os efeitos danosos causados pela doença *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), que evolui com rapidez, esgotando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, em diversos países do mundo, tornando-se um grave problema de saúde pública mundial⁽²⁾. No sul do país, embora em condições não tão precárias, enfermeiros têm liderado este enfrentamento, mediante estratégias e tomadas de decisões, junto às Secretarias Municipais, Hospitais e demais serviços da Rede de atenção à Saúde, demonstrando um protagonismo profissional nas dimensões assistencial e gerencial do cuidado.

Em dezembro do ano de 2019, depois de casos sintomáticos registrados em Wuhan, na China, foi descoberto este novo vírus da família coronavirus, denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-CoV-2). O vírus causa a COVID-19, responsável por infecções respiratórias em seres humanos, permeadas por sintomas que variam de leves a graves e que se intensificam com a presença de comorbidades². No início do ano de 2020, com a enfermidade amplamente disseminada em diversos continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a sua seriedade e determina situação de pandemia, o que repercutiu no Brasil, em condutas de contenção, determinadas pelo Ministério da Saúde (MS), que definiu a quarentena como medida restritiva para a aglomeração de pessoas, a fim de diminuir a propagação do vírus.

Em meio à crise, um fenômeno chama a atenção: a mobilização coletiva de enfermeiros, evidenciando sentimentos e ações solidárias, mesmo afastados fisicamente, como bem colocou Santos¹, no trecho que destacamos no início deste capítulo. O autor questiona se seriam possíveis, então, outras comunhões desta natureza, em meio a tragédias. A fim de refletir sobre este e outros aspectos, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na linha de frente do combate à COVID-19, sobre os desafios do momento pandêmico, justamente em meio à Campanha para a valorização da enfermagem (Campanha *Nursing Now*), lançada em 2018 e que se encerra em 2020, pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, OMS e *UK All Party Parliamentary Group on Global Health* do Reino Unido. No Brasil, a Campanha se dissemina em todas as regiões do país, ampliando a visibilidade e o potencial da enfermagem, nos diferentes cenários de atuação.

Ao refletir sobre este fenômeno, pesquisadores de instituições públicas, no sul do país, reuniram de forma virtual, um grupo de enfermeiras que encontravam-se na linha de frente, em pleno combate à COVID-19. A partir da revelação da profissão como destaque neste enfrentamento e, considerando o ano em que, justamente, se comemora o bicentenário do nascimento de *Florence Nightingale*, precursora da enfermagem moderna, por meio da Campanha *Nursing Now*, realizou-se um Círculo de Cultura virtual com enfermeiras, estudantes e egressas de um Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, com o propósito de provocar o diálogo e a reflexão sobre os seus desafios, nesse contexto.

Dando voz à enfermagem em meio à pandemia: os ruídos que emergem da ciência, da política e dos sentimentos

O Círculo de Cultura é um método que foi idealizado pelo educador brasileiro e cientista social Paulo Freire. Freire apostava no diálogo como uma necessidade existencial e uma condição básica para o conhecimento.

Ele acreditava que o ato de conhecer se desenvolve a partir de um processo social, mediado pelo diálogo, ou seja, é por meio da comunicação dialógica que se obtém a compreensão do significado social dos temas em discussão, o que provoca a tomada de consciência sobre a realidade. O diálogo ocorre na comunicação entre os participantes, a partir de um encontro, que se realiza na *práxis*, ou seja, na ação com reflexão, e se fundamenta no compromisso com a transformação social⁽³⁾.

O Círculo se caracteriza por um grupo de pessoas com interesses semelhantes, que dialoga sobre situações de vida e problemas comuns, refletindo, coletivamente, sobre uma percepção mais profunda sobre a realidade³. O método de Freire, portanto, advém da pedagogia crítico-reflexiva e se expressa por meio da problematização, com vistas a promoção da aprendizagem significativa sobre a realidade vivida.

Neste relato, o Círculo foi adaptado para um ambiente virtual, como cenário de aproximação dos participantes. Utilizou-se o aplicativo *Zoom*[®], mediante a utilização de computadores ou celulares com câmera. Foram convidadas para participar do Círculo de Cultura virtual, voluntariamente, enfermeiras egressas e mestrandas de um Programa de Pós graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde), em uma universidade pública, no sul do Brasil. Concordaram em participar da atividade 15 enfermeiras, todas mulheres, quatro egressas e 11 estudantes das turmas em andamento, todas elas envolvidas, de alguma forma, no enfrentamento à COVID-19.

A enfermagem constitui a metade da força de trabalho em saúde e os enfermeiros são reconhecidos como os principais responsáveis pela coordenação das equipes, nos diferentes níveis de atenção à saúde. Nessa direção, uma das estratégias para investir na força de trabalho e valorizar o enfermeiro para o avanço da profissão é a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Os Mestrados Profissionais constituem-se como iniciativas para a reorientação dos profissionais da saúde, com vistas a qualificar a assistência e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa modalidade de formação *stricto sensu* se destaca no Brasil, nos cenários que integram o ensino e o serviço na área da saúde, pois seu propósito é suprir as demandas sociais, políticas e econômicas, articuladas à qualificação de trabalhadores no serviço. Na área de enfermagem, habilita o profissional atuante nos cenários da prática para atividades técnico-científicas e de inovação, mediante a prática profissional avançada e transformadora de procedimentos e processos aplicados, por meio da incorporação do método científico⁽⁴⁾. O Mestrado em questão, tem foco na Atenção Primária à Saúde e, entre as estudantes, a maioria tem como cenário de atuação na prática profissional, Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo atividades nas dimensões assistencial, educativa e de gestão.

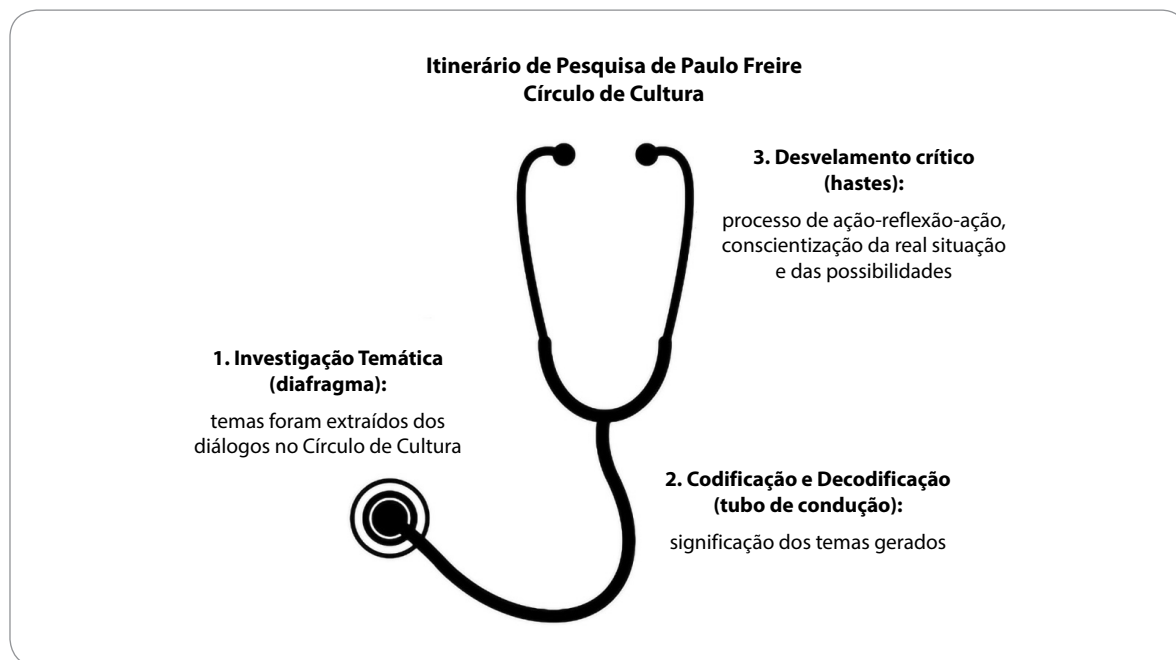
A experiência se desenvolveu em abril de 2020, em plena quarentena ocasionada pela COVID-19. Foi elaborado um guia prévio para a intervenção e agendado um momento em que todas pudessem acessar a mídia virtual. O encontro foi facilitado por duas professoras enfermeiras, envolvidas na coordenação do Mestrado Profissional. Posteriormente, os resultados contaram com o olhar e interpretação de outros dois professores com experiência na mediação de Círculos de Cultura.

O Círculo teve duração de duas horas e foi guiado pelo Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, cuja perspectiva pedagógica crítico-reflexiva se apoia no diálogo e em relações horizontalizadas, constituído por três etapas, interligadas entre si: (1) Investigação Temática; (2) Codificação e Descodificação; (3) Desvelamento Crítico⁽³⁾.

Foi realizada uma analogia com o estetoscópio para percorrer as fases do Itinerário, conforme ilustração da Figura 1. Esse instrumento concreto é uma ferramenta de trabalho dos profissionais da área da saúde e suas três partes foram representativas das etapas do Itinerário de Pesquisa de Freire: Investigação Temática (diafragma), Codificação e Descodificação (tubo de condução) e o Desvelamento Crítico (hastes e olivas, que revelam finalmente o “diagnóstico”).

Com a figura compartilhada em tela, as mediadoras refletiram com as participantes que este instrumento auxilia na ausculta dos indivíduos, para diagnóstico de diversas situações, representando o primeiro momento do Itinerário (Investigação Temática), com a parte do diafragma do estetoscópio que seria utilizada para ouvir as enfermeiras quanto aos seus sentimentos relacionados às repercussões da COVID-19. Para provocar

o diálogo, foi utilizada a questão disparadora: que sentimentos as crises geradas pela COVID-19 despertam em você como profissional?



Fonte: adaptado pelos autores a partir de <http://www.ultracoloringpages.com/pt/p/estetosc%C3%B3pio-desenho-para-colorir/535ee2985f95e14a7976e78def3e1b50>

Figura 1 – Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: analogia com o estetoscópio

Na segunda etapa, que corresponde à Codificação e Descodificação, as mediadoras provocaram a reflexão a partir das respostas das enfermeiras, que levaram à identificação de que existem ruídos oriundos do diafragma e, para descodificá-los, é importante o tubo de condução, extraíndo aquilo que é útil e necessário para o diagnóstico. As situações de crise geradas pela COVID-19, emergiram no diálogo, evidenciando a realidade. Assim se desenvolveu a codificação de uma situação existencial, por meio da sua representação com alguns elementos constitutivos, em interação⁽⁵⁾.

Na etapa de Desvelamento Crítico da realidade, fase da Problematização ou Redução Temática, as enfermeiras foram estimuladas a desenvolver a consciência, por meio de conceitos. Os conceitos permitem exteriorizar a visão do mundo e a percepção sobre as situações limite e sobre a realidade, por elas vivenciada. Neste momento, é importante que o mediador reduza ao mínimo sua intervenção direta, durante o diálogo⁽³⁾.

A partir da alusão com o estetoscópio, as mediadoras e as enfermeiras refletiram sobre o diagnóstico, elaborado a partir dos sons, ruídos e constatações ocasionadas pelo momento histórico ocasionado pela pandemia, lembrando que são as hastes e olivas que permitem desvelar o som que se deseja auscultar. Com esses elementos, mediante a exploração de evidências científicas, da experiência e vivências das enfermeiras, foram desveladas as reflexões preliminares, por meio da codificação objetiva, contemplando princípios da subjetividade interpretativa⁽⁵⁾.

A dialogicidade do Círculo de Cultura virtual resultou em Temas Geradores, dentre os quais: “os ruídos que emergem da ciência, da política e dos sentimentos”, que foi selecionado para discussão, neste capítulo.

Para as participantes, emergiram ruídos relacionados ao lugar da ciência e da política, neste contexto de pandemia. Elas problematizaram, nessa direção, as defesas de economistas, políticos e cientistas, que, em meio a contradições, deixam a população sem norte. No cenário brasileiro, para além da COVID-19, há um

agravante para a população, representado pela situação política, que apresenta divergências de posicionamentos entre a presidência da república e a autoridade sanitária, o Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

Com base nessa lógica, elas refletem a necessidade de que pesquisas respondam a desafios cotidianos dos serviços de saúde, que quando desenvolvidas, especialmente, no âmbito da Atenção Primária, produzam conhecimentos e, ao mesmo tempo, intervenções, por meio da criação de técnicas e tecnologias que possam impactar e transformar as práticas. Nessa perspectiva, o Mestrado Profissional as prepara e as convence de que o desenvolvimento de uma agenda de pesquisa e uma melhor gestão do conhecimento são elementos essenciais para abordar os Determinantes Sociais da Saúde, garantir o acesso a serviços de qualidade e a sua resolatividade, com vistas à consolidação do SUS e dos seus princípios. Para tanto, também é fundamental, incorporar a tecnologia e avaliar a eficácia das ações e dos programas implementados⁽⁷⁾.

No século XVIII, Jacques Rousseau questionou se haveria alguma relação entre a ciência e a virtude, que justificasse a substituição do conhecimento vulgar das pessoas sobre a vida, pelo conhecimento científico, produzido por poucos e inacessível à maioria. Dessa forma, indagou: *“Contribuirá a ciência para diminuir o fosso crescente na nossa sociedade entre o que se é e o que se aparenta ser, o saber dizer e o saber fazer, entre a teoria e a prática?”*⁽⁸⁾. Naquela época, Rousseau respondeu “não” para essas perguntas. O que a enfermagem responderia hoje? A despeito da ciência, da qual trata o texto, na atualidade não necessariamente compreendida como única verdade e que, juntamente com a moral e a ética, poderia nortear a tomada de decisões seguras, parece que é possível investir na relação entre a ciência e os valores/virtudes, e que a enfermagem pode contribuir nessa direção. Após 200 anos, como produtos e protagonistas das transformações produzidas pela ciência, posicionados na linha de frente no combate à COVID-19, os profissionais demonstram que, mesmo com a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (luvas, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção ou proteção facial e batas cirúrgicas, itens para procedimentos específicos, respiradores e aventais)⁽⁵⁾, somada a sobrecarga de trabalho, relacionada à falta de pessoal e aumento do número de pessoas contaminadas pelo SARS-CoV-2, são capazes de somar esforços técnicos e científicos aos valores humanos, como a solidariedade e o afeto, no cuidado às vítimas.

Durante a situação de crise, sentimentos afloram entre as enfermeiras, seja pelo medo de não superar a crise, como também, pelo medo de os seus familiares contraírem o vírus. Elas percebem, nos diferentes municípios que atuam, as diferenças sócio-econômico-culturais e suas repercussões sobre as possibilidades (ou não) de cuidado adequado aos acometidos pela doença. Sofrem com as iniquidades que se evidenciam, nesse contexto.

Os profissionais de saúde, que estão atuando diretamente, no combate à COVID-19, demonstram cansaço físico e mental, ansiedade e medo de colegas serem contaminados pelo vírus SARS-CoV-2, bem como, sofrem pelo risco de infecção e a possibilidade de transmitir para familiares⁽⁶⁾. Envoltas por tais sentimentos, as participantes desvelaram que vem à tona uma sensação de “dever cumprido” (ou necessidade de cumprir o dever), devido a esse papel que assumem, de proteger a família e a equipe de saúde. Elas argumentaram que a enfermagem tem se mostrado solidária, enquanto equipe, incluindo colegas de outras profissões para a tomada de decisão, em meio à pandemia. Da mesma forma, as pessoas são solidárias, emergindo algo que, de certa forma, estava oculto na sociedade, nos últimos tempos, em que as disputas políticas ganhavam mais destaque no Brasil. Todavia, por vezes, sentem-se sobrecarregadas, ao tomar para si atribuições que poderiam ser assumidas por outros profissionais da equipe.

O trabalho do enfermeiro no campo da APS se pauta na socialização de práticas de saúde consideradas comuns e pertinentes a qualquer categoria profissional, articulando-se com outros profissionais. Contudo, poucas categorias se abrem para essa nova forma de realizar o trabalho na saúde, restringindo-se, quase sempre, ao seu núcleo disciplinar. Isso representa um prejuízo para o enfermeiro que, no cenário da APS, apresenta uma prática disseminada, em que prioriza as ações do campo da saúde coletiva em detrimento das ações nucleares da profissão, distanciando-se do seu fazer específico que possa representar um referencial identitário⁽⁹⁾.

Por fim, as enfermeiras lembraram sua precursora, *Florence Nightingale*, e buscaram inspiração no seu legado, ao comparar a situação vivenciada na atualidade à história da enfermagem moderna, que justamente, em plena pandemia da COVID-10, em 2020, comemora seu bicentenário. *Florence* foi objeto de pesquisa para estudiosos da saúde, pois, indiscutivelmente, contribuiu para o desenvolvimento da saúde e, sobretudo, da enfermagem, superando as fronteiras da ciência, da política e dos sentimentos que suscitaram na sua época. Nascida em Florença, Itália, em 1820, ela utilizou a informação estatística para estabelecer a conduta das enfermeiras sob a sua gerência, influenciando a ação política e governamental na persuasão de autoridades, sobre a necessidade de redução das taxas de mortalidade, mediante a adoção de práticas de higiene, durante a Guerra da Criméia, em 1854⁽¹⁰⁾.

À luz das considerações tecidas sobre os desafios vivenciados por enfermeiras que enfrentam a COVID-19 em uma região do sul do Brasil, foi perceptível a reflexão destas sobre o seu papel como profissionais, unindo as tecnologias da ciência moderna com a sabedoria da vida, neste momento pandêmico. O cuidado de enfermagem, fundamentado na moral, na ética, na cultura e na política, envolve também, sentimentos como afeto e solidariedade, expressando assim, o “saber-fazer” da profissão, neste contexto histórico.

Compreende-se a relevância da enfermagem, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ao comportar-se como protagonista, mediante a possibilidade de efetuar cuidados para a clínica, na prevenção e na promoção da saúde. A profissão pode fomentar (e tem fomentado) na população a autonomia para adoção de estilos de vida saudáveis e o empoderamento individual e coletivo, além da compreensão de que outras doenças também, são invisíveis e carecem de uma compreensão científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Círculo de Cultura virtual promoveu um encontro, que se realizou na *práxis*, ao estimular as enfermeiras à ação, a partir da reflexão. Elas assumiram o compromisso com a transformação social, no momento em que desvelaram um novo olhar sobre a sua prática profissional e refletiram sobre suas condutas, no enfrentamento a COVID-19. Nos diálogos, emergiram sentimentos e reflexões críticas sobre os desdobramentos da crise, comparados à ruídos do estetoscópio, os quais emergem de questões científicas e políticas, que reverberaram com esta vivência. Tudo isso, somado aos sentimentos de medo, proteção e dever, colocaram em evidência seu empoderamento, enquanto enfermeiras, e elas se perceberam como cuidadoras, refletindo, como se fosse um espelho, a imagem de *Florence Nightingale* no passado, em situações semelhantes, com desfechos ainda, incertos.

As iniquidades geradas pela pandemia, mais do que nunca, fazem pensar nas diferenças, nas possibilidades, por vezes injustas, de prevenção e cura entre as diferentes classes sociais, entre os gêneros, raças/etnias. As enfermeiras, ao questionarem sua prática profissional no contexto pandêmico, resgataram o princípio da equidade, que pode contribuir para promover o respeito à diversidade e garantir a integralidade no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. [Internet]Coimbra: Almedina. [acesso 22 jun 2020]2020. Disponível em: <https://www.cpalsocial.org/documentos/927.pdf>
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health [Internet]. 18 March 2020 [acesso 22 jun 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
3. Freire P. Pedagogia do oprimido. 64ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.
4. National Nursing Centers Consortium (NNCC). Global Advanced Practice Nursing Symposium. United State of America [Internet] 2014 [acesso 22 jun 2020]. Disponível em: http://www.nncc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf

5. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. *Texto Contexto Enferm*. [internet]. 2017[acesso 22 jun 2020];26(4):1-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf
6. Silva, M.R., Pires, G.L., Pereira, R.S. O neoliberalismo, Bolsonaro 'vírus mental' e a pandemia da COVID-19 como casos de saúde pública: o real resiste? Editorial. [Internet]. *Motrivivência*. 2020 [acesso 22 jun 2020];32(61):1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2020e72755>
7. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Proceedings of the 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2) [Internet] Washington DC. 2014 [acesso 10 jun 2020]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-ConsultationsCD53English.pdf>
8. Rousseau J-J. *Discours sur les Sciences et les Arts*, in *Oeuvres Completes*. vol. 2, Paris, Seuil, 1971, p. 52 e segs.
9. Fernandes MC, Silva LMS, Silva MRF, Torres RAM, Dias MSA, Moreira TMM. Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do "faz tudo". *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(1):154-9. [acesso 22 jun 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0142.pdf
10. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde* [internet]. 2016;14(2):153-166. [acesso 10 mai 2020]. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810/3274>



SAÚDE INDÍGENA EM TEMPO DE COVID-19: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

Esron Soares Carvalho Rocha¹

ORCID: 0000-0002-1011-6053

Rizoléia Marina Pinheiro Pina¹

ORCID: 0000-0002-6114-4003

Marcelle Collyer da Silveira^{II}

ORCID:0000-0002-5623-9067

Edinilza Ribeiro dos Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-3188-0114

Noeli Toledo das Neves¹

ORCID:0000-0001-5624-1813

¹ Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II} Universidade do Estado do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.
Distrito Sanitário Especial Indígena.
Manaus, Amazonas, Brasil.

^{III} Universidade do Estado do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.

Membro da Coordenação do Departamento Científico
de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

Autor Correspondente:

Esron Soares Carvalho Rocha

E-mail: erocha@ufam.edu.br



RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de profissionais e pesquisadores enfermeiros na sistematização de ações de promoção da saúde, cuidado integral, segurança de povos indígenas e trabalhadores no enfrentamento da COVID-19, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus.

Método: Relato de experiência, ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, sobre contribuições da enfermagem em territórios indígenas.

Resultados: A realidade do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus é marcada pela diversidade étnica, problemas estruturais do sistema de saúde e características geográficas capazes de inviabilizar a oferta de serviço de saúde em um determinado período do ano (vazante). Nessa realidade, os trabalhadores de enfermagem atuam na linha de frente das estratégias adotadas para o controle da infecção humana causada pelo Novo Coronavírus.

Conclusão: Essa experiência de trabalho da enfermagem tem contribuído para minimizar ou evitar o avanço da COVID-19 e impactado na redução gradativa da sua letalidade entre populações indígenas.

Descritores: Saúde de Populações Indígenas; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Infecções por Coronavírus.



INTRODUÇÃO

Ao atingir o Brasil em fevereiro de 2020, a pandemia de infecção humana causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) colocou o Estado do Amazonas entre os cinco estados da Federação com maior número de casos confirmados e de óbitos por *Corona Vírus Disease* (COVID-19). Isso levou o sistema de saúde do estado ao colapso, no âmbito do SUS. Em relação a todos os estados, o AM teve, até 29/06/2020, a maior taxa de incidência acumulada de mortalidade por COVID-19 (67,4/100.000 habitantes). Cabe também destacar que a Região Norte ocupou, até a data cotada, a primeira posição na proporção de óbitos por COVID-19 em comparação às outras regiões do País, com 51 óbitos/100.000 habitantes (a média para o Brasil no mesmo período é de 27,7 óbitos/100.000 habitantes)^(1,2).

Indicadores sociais de abrangência nacional classificam a Região Norte como pertencente à classe “E” de vulnerabilidade social, por ser constituída por extensas áreas rurais, baixa densidade demográfica, com índice de desenvolvimento humano muito baixo, acesso precário à água tratada, esgoto e eletricidade, entre outros resultados negativos. Em relação às Regiões Sul e Sudeste do País, a Norte tem menor capacidade de resposta aos problemas de saúde, em termos de estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e em particular aos casos graves de COVID-19⁽³⁾. Isso contribuiu imensamente para a fase de aceleração descontrolada da transmissão e dos patamares alcançados pelos números de casos e óbitos confirmados por COVID-19 na população geral.

O Subsistema de Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no território nacional. Destes, 19 estão localizados na Região Norte, sendo sete em território amazense⁽⁴⁾ e um deles é o DSEI-Manaus. No âmbito estadual (AM) concentra-se cerca de 18% da população indígena brasileira, residindo dentro ou fora de Terras Indígenas demarcadas⁽⁵⁾. O DSEI-Manaus está organizado em 17 Polos-Base, abrangendo 19 municípios⁽⁴⁾.

A atenção primária à saúde (APS) nos DSEIs segue o modelo da Estratégia Saúde da Família. Assim, as ações de saúde nos territórios indígenas são desenvolvidas por equipes multidisciplinares, sendo a presença de trabalhadores de enfermagem no território permanente e em tempo integral. Além do contato direto com a comunidade, esses profissionais fazem a interlocução com os demais membros da equipe de saúde e mantêm diálogo com unidades de referência para atendimento dos indígenas no âmbito do SUS. Neste cenário, os profissionais de enfermagem também desenvolvem habilidades de gestão do cuidado (planejamento das intervenções, gestão de pessoal), de assistência (organização, execução e avaliação das práticas de enfermagem) e de ensino (práticas de educação permanente, educação em saúde nos âmbitos das comunidades locais, Polos-Base e DSEIs), levando em conta a diversidade étnica dos povos indígenas⁽⁶⁾.

No âmbito APS e no contexto da pandemia da COVID-19 entre os povos indígenas, os profissionais de enfermagem realizam orientações sobre a higienização das mãos, para adotarem a etiqueta da tosse e a higiene respiratória, uso de máscaras, distanciamento social e outras medidas de prevenção. Também orientam quanto à identificação precoce de sinais e sintomas da COVID-19 e encaminhamento aos serviços de saúde dos casos graves⁽⁷⁾.

A fim de implantar estratégias para uma atuação coordenada das equipes multidisciplinares em todo o território do DSEI-Manaus, foi elaborado um Plano de Contingenciamento para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus entre Povos Indígenas. Da elaboração e implantação desse plano de trabalho participaram enfermeiros da gestão, assistência e pesquisa da área de saúde indígena.

Esse cenário, marcado pelo surto pandêmico do Novo Coronavírus, a especificidade da saúde indígena e a interface das práticas de enfermagem, motivou o interesse em relatar acerca do protagonismo da enfermagem durante o processo de planejamento e intervenção nos territórios indígenas, para a prevenção da COVID-19 entre essas populações vulneráveis.

OBJETIVO

Relatar a experiência de profissionais e pesquisadores enfermeiros na sistematização de ações de promoção da saúde, cuidado integral e segurança de povos indígenas e trabalhadores no enfrentamento da COVID-19, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência sobre a organização de práticas desempenhadas pela enfermagem no enfrentamento da pandemia causada pelo Novo Coronavírus entre povos indígenas do DSEI-Manaus. A ordem dos elementos essenciais que compõem o corpo dessa experiência, ora apresentada, está ancorada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPECSC)⁽⁸⁾. Essa teoria está estruturada em categorias conceituais (sociedade, homem, processo saúde/doença, saúde coletiva, assistência, enfermagem, trabalho, necessidade, vulnerabilidade e educação) e dimensionais (conjunto de noções utilizadas no processo de seu desenvolvimento). A TIPECSC pode ser compreendida como um instrumento teórico-metodológico que possibilita ao trabalhador de enfermagem o exercício de uma crítica preocupada com a mudança do atual modo de organização da sociedade, das políticas de enfrentamento de um fenômeno e das práticas para a intervenção no fenômeno. A aplicação desse instrumento teórico-metodológico se dá em cinco etapas: (1) Captação da realidade objetiva, (2) Interpretação da realidade objetiva, (3) Proposta de Intervenção na realidade objetiva, (4) Intervenção na realidade objetiva, (5) Reinterpretação da realidade objetiva⁽⁸⁾.

Na saúde indígena e no contexto da COVID-19, a enfermagem tem função estratégica, exercendo ações de vigilância em saúde, promoção de saúde e cuidado de pessoas e famílias em seus territórios. A descrição dessa experiência seguirá as etapas metodológicas da TIPECSC.

RESULTADOS

Captação da realidade objetiva

O DSEI-Manaus abrange uma extensa área territorial (235.405 km²), cobrindo 19 municípios. A população indígena atendida é de 29.506 indivíduos distribuídos em 253 aldeias e em pequenos sítios. O principal meio de transporte de acesso entre a sede dos municípios e a maioria dos Polos-Base é fluvial, cujo tempo de deslocamento pode durar de horas a dias. Alguns rios são navegáveis durante um período do ano (cheia), o que dificulta a oferta de serviço de saúde no outro período do ano (vazante)⁽⁴⁾.

A atenção à saúde das populações indígenas é conduzida na rede hierarquizada e articulada com os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), disponível nos âmbitos municipal e estadual. A estrutura dos estabelecimentos do sistema de atenção à saúde indígena para o atendimento em APS é instalada em terras indígenas: Polos-Base e Unidades Básicas de Saúde Indígena. Para o atendimento especializado e hospitalar são utilizados os serviços do SUS destinados à população geral (serviços de referência)⁽⁹⁾.

Os Polos-Base abrangem extensões territoriais que agregam um determinado número de aldeias. Sua estrutura é composta por farmácia (medicamentos básicos), sala de observação, sala de curativo e materiais médico-hospitalares, alojamento dos profissionais de saúde, um motor de popa acoplado ao bote de alumínio.

Na sua estrutura de atenção à saúde indígena, o DSEI-Manaus dispõe de uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada em Manaus, e três Casas de Apoio, localizadas em três municípios do interior do estado (Autazes, Borba e Manicoré). Esses estabelecimentos constituem a primeira referência para o acesso à atenção especializada ambulatorial ou hospitalar, exceto para os casos de urgência e emergência, para os

indígenas procedentes das aldeias. Esses estabelecimentos dispõem de condições funcionais para acolher, alojar, fornecer alimentos e prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia. Cabe ainda destacar que são espaços de atendimento e apoio ao indígena e membro de sua família (acompanhante) que nela permaneçam temporariamente para tratamento ou investigação diagnóstica em unidades especializadas de referência⁽⁴⁾. Com a finalidade de aproximação cultural, esses estabelecimentos mantêm características ambientais indígenas.

O acesso aos sistemas de comunicação (telefone, radiofonia ou outro meio) é bastante limitado nas aldeias e em outros territórios indígenas. Em algumas aldeias, o telefone pessoal dos profissionais da equipe de saúde e das lideranças indígenas é o único meio de conexão (uso de aplicativo/WhatsApp) com outros serviços fora desses territórios.

Em relação à cultura, a maioria dos grupos étnicos tem contato com populações não indígenas e fala o idioma português fluentemente. No entanto, há grupos menores que mantêm pouco contato com os não indígenas, como, por exemplo, os Mura-Pirahã e os Hexkaryano, que se comunicam quase exclusivamente em língua própria da etnia⁽⁴⁾.

Indicadores das condições de saúde referentes a 2019, no âmbito do DSEI-Manaus e com ênfase nas doenças respiratórias e nos fatores de risco para a fase grave da COVID-19 (idade e doenças pré-existentes), mostram que a faixa etária de 60 anos ou mais corresponde a 6,5% da população (indígena) e prevalências altas de diabetes (9,6%), hipertensão (43,6%) e de infecções respiratórias (9,6%)⁽⁴⁾. Os números relativos à COVID-19 mostram que 119 povos indígenas em todo o território brasileiro foram afetados. Até 27/06/2020 havia 5.525 casos confirmados e 134 óbitos. No DSEI-Manaus, até a data citada, eram 212 casos confirmados e sete óbitos⁽¹⁰⁾.

A força de trabalho da enfermagem é outro ponto relevante que compõe a realidade objetiva da saúde indígena. Considerados os nove DSEIs que geograficamente pertencem ao Amazonas, a força de trabalho da enfermagem é constituída por 351 enfermeiros e 675 técnicos de enfermagem; no DSEI-Manaus são 56 e 116, respectivamente. Esses trabalhadores têm vínculo trabalhista com Organizações Não Governamentais credenciadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI⁽⁴⁾.

Interpretação da realidade objetiva

O DSEI é responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação da implementação das ações de saúde, observando os princípios e as diretrizes do SUS e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas. Para adequar essas responsabilidades e atender às necessidades e especificidades locais, perante o agravamento dos problemas sanitários causados pela circulação do Novo Coronavírus e seu alto poder de transmissibilidade entre populações em situação de vulnerabilidade (biológica e social), foram estabelecidas estratégias e ações⁽⁴⁾ que vêm sendo desempenhadas pela equipe multidisciplinar de saúde indígena. Neste cenário, destaca-se a atuação dos trabalhadores da enfermagem, por terem papel estratégico tanto nas ações de cuidado, vigilância e promoção da saúde, como nas ações de segurança do paciente e dos trabalhadores de saúde.

Proposta de Intervenção na realidade objetiva

Com foco na APS e na garantia de integralidade da assistência, pautado nos princípios da diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas dos povos indígenas dessa área de abrangência, o plano de contingenciamento do DSEI-Manaus foi estruturado em três níveis de resposta ao Novo Coronavírus: *alerta* (risco de introdução do Novo Coronavírus nos ambientes de atendimento e nas aldeias), *perigo iminente* (situação de casos confirmados) e *emergência em saúde pública* (situação epidemiológicas grave)⁽⁴⁾. Dada a relevância e o protagonismo da enfermagem na condução das ações

no âmbito da APS, optou-se por relatar as ações relativas à vigilância, promoção, cuidado e segurança do paciente e do trabalhador correspondentes ao primeiro nível de resposta no enfrentamento da pandemia, ou seja, o nível nomeado de *alerta*.

Para a vigilância em saúde foram propostas ações voltadas à qualificação profissional, monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, atualização e adequação das orientações, implantação de protocolos, notificação imediata de casos, garantia de direitos e atendimento a demandas clínicas específicas. Para a promoção à saúde foram recomendadas ações de educação em saúde, considerando as especificidades dos territórios e buscando apoio na comunidade indígena e em suas lideranças. Quanto ao cuidado de pessoa e família, foi proposta a continuidade das práticas de atenção à saúde nas unidades ou no domicílio, com especial atenção à identificação de sinais de síndrome gripal e de sua gravidade, orientação para isolamento domiciliar (quando necessário), realização de testagem de sintomáticos. E, em relação à segurança do paciente indígena e do trabalhador, foram propostos momentos de capacitação sobre temas pertinentes diversos (formas de transmissão, medidas de biossegurança individual e coletiva), provisão de estrutura adequada para higienização das mãos dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde durante a triagem nos atendimentos nos Polos-Base ou em outros espaços.

Intervenção na realidade objetiva

A equipe de saúde indígena enfrenta diferentes desafios (logístico, geográficos, trabalhistas, pessoais e familiares) para realizar as ações inerentes às suas respectivas habilidades e competências profissionais. A competência cultural é também primordial para que as ações alcancem os resultados esperados e, nessa perspectiva, a enfermagem do DSEI-Manaus tem atuado. (Figura 1).

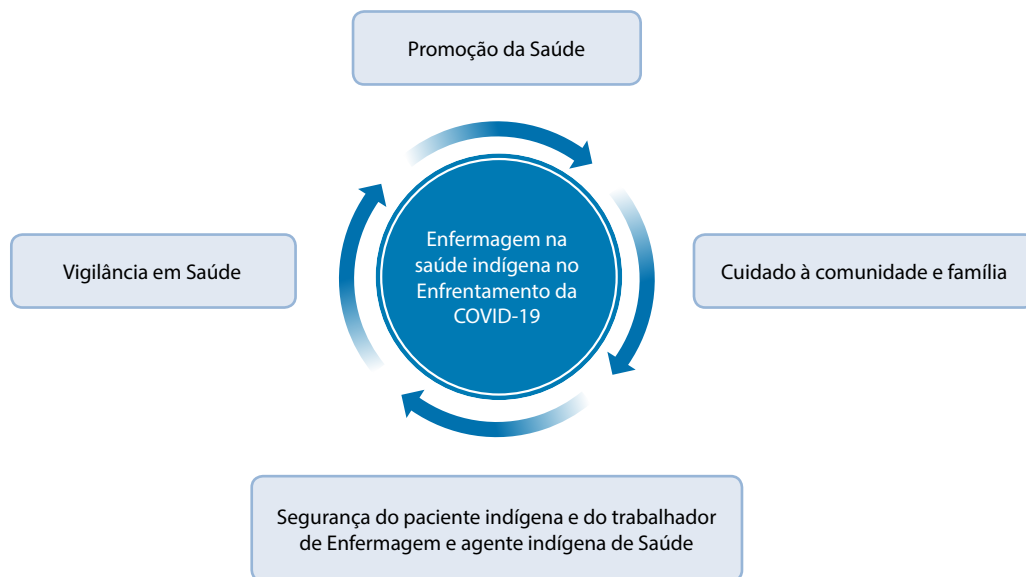


Figura 1 – Diagrama de atividades conduzidas pela enfermagem em território indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena – Manaus

No Quadro 1 são apresentadas as ações do primeiro nível de resposta (*alerta*) relativas às quatro dimensões selecionadas que vêm sendo realizadas pela equipe de enfermagem no enfrentamento da pandemia do Novo Coronavírus entre populações indígenas do DSEI-Manaus.

Quadro 1- Ações desenvolvidas pela Enfermagem em resposta às demandas geradas pela circulação do Novo Coronavírus no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena – Manaus

Vigilância à Saúde	Promoção de Saúde	Cuidado de pessoas/família e comunidade	Segurança de Indígenas e trabalhadores de Saúde
<p>Conhecimento da situação de saúde das famílias e comunidades indígenas (atualização de informações de saúde);</p> <p>Identificação de casos suspeitos e orientação quanto ao isolamento domiciliar;</p> <p>Atualização de definições e critérios de notificação;</p> <p>Manutenção do padrão de notificação rápida dos casos suspeitos e confirmados, para fins de atualização do boletim epidemiológico;</p> <p>Planejamento e execução de treinamento com foco na vigilância em saúde para os profissionais de nível técnico;</p> <p>Investigação dos casos confirmados e rastreamento dos contatos de casos suspeitos;</p> <p>Testagem dos casos suspeitos;</p> <p>Capacitação de lideranças indígenas e dos conselheiros distritais com foco na adoção de medidas de prevenção da COVID-19.</p>	<p>Envolvimento das comunidades, por meio de suas lideranças, nas estratégias promotoras de saúde;</p> <p>Divulgação sistemática de informações sobre medidas de proteção individual e coletiva, contra o Coronavírus</p> <p>Intensificação da comunicação nas aldeias, utilizando e otimizando os recursos existentes na comunidade (rádios, radiofonia, aplicativos, grupos de WhatsApp).</p> <p>Produção coletiva (profissionais e comunidade) de estratégias viáveis para garantir o distanciamento social nas aldeias;</p> <p>Orientação e treinamento para a população sobre uso de máscaras de tecido e outras medidas de proteção (higiene pessoal, lavagem das mãos, etiqueta respiratória);</p> <p>Tomada de decisão coletiva, envolvendo lideranças indígenas, para criação de espaços físicos destinados ao isolamento de casos positivos e suspeitos ou para indivíduos de maior vulnerabilidade para Covid-19.</p>	<p>Envolvimento de lideranças indígenas no planejamento de atividades;</p> <p>Atendimento da demanda livre ou por busca ativa no âmbito dos Polos-Base com suspeita ou confirmação de Covid-19;</p> <p>Provisionamento de material para o trabalho da equipe de enfermagem (oxímetros, fonte de O₂, equipamentos de proteção individual – EPIs, entre outros itens);</p> <p>Realização de testagem para Covid-19;</p> <p>Realização de visitas domiciliares, priorizando idosos ou outros grupos com comorbidades, imunodeprimidos, gestantes, puérperas/recém-nascidos;</p> <p>Manutenção do diálogo intercultural com sujeitos e comunidades indígenas, respeitando e valorizando os conhecimentos tradicionais.</p>	<p>Previsão e provisão de EPIs;</p> <p>Utilização de EPIs nos ambientes de trabalho e de convívio social/coletivo;</p> <p>Capacitação dos profissionais de enfermagem e agentes indígenas de saúde, com foco no uso correto dos EPIs;</p> <p>Capacitação para os trabalhadores técnicos (técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde), com foco no reconhecimento das formas de transmissão da doença e das medidas individuais e coletivas de proteção;</p> <p>Realização de testagem para COVID-19 dos trabalhadores de enfermagem;</p> <p>Manutenção de ambientes (Polo-Base) seguros para os profissionais e população indígena.</p>

Reinterpretação da realidade objetiva

As estratégias e ações planejadas e implementadas são avaliadas segundo critérios internos do DSEI-Manaus. No que tange à transmissão e adoecimento pelo novo Coronavírus, a avaliação se assenta em dados epidemiológicos (número de casos suspeitos e confirmados e de óbitos). Reconhecidas a vulnerabilidade da população indígena e suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os profissionais da saúde, especificamente os da enfermagem, seguem no processo de aplicação do plano de intervenção, a fim assegurar a oferta de assistência focada na integralidade do cuidado que alcance a proteção contra a transmissão do vírus (COVID-19) e a promoção da saúde nos territórios indígenas em que atuam.

Constata-se que tem havido mudanças nos costumes e práticas tradicionais de cura e cuidado entre os grupos étnicos, nas aldeias. Nesse sentido, associado à prática do isolamento social, muitos preferem utilizar seus remédios caseiros, porque acreditam na prevenção da COVID-19 e na sua cura. Assim, os profissionais de enfermagem, e em especial os agentes indígenas de saúde, atuam também na negociação e conciliação com os grupos étnicos, detentores de “saber tradicional”, para implementar o cuidado integral preconizado oficialmente, o “saber científico”. Essa realidade objetiva das comunidades indígenas vem permitindo ao trabalhador da enfermagem pensar o cuidado culturalmente diferenciado. Dentre as prioridades nesse contexto, a saúde mental da população indígena e dos profissionais da equipe de saúde requer maior atenção.

As situações concretas geradoras de sofrimento mental estão relacionadas ao manejo de pacientes graves e de corpos (retorno do corpo às aldeias, rituais de sepultamento) e ao luto nos diferentes grupos étnicos e, também, à exclusão de determinados grupos etários quando adoecidos, em geral idosos e crianças.

DISCUSSÃO

No campo da realidade objetiva, a precária estrutura dos serviços de saúde na região, configurada pela ausência de hospitais regionais de referência, de infraestrutura adequada para atendimento aos pacientes graves de COVID-19 e pela escassez de profissionais qualificados para o manejo clínico desses casos, constitui-se em um dos mais complexos desafios na atenção à saúde dos povos indígenas no Amazonas. Assim, o enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas do DSEI-Manaus tem sido dependente quase que exclusivamente da APS, o que exige das instâncias de gestão (SESAI e DSEI) estratégias bem definidas na previsão e provimento de infraestrutura, logística, equipamentos, insumos, recursos humanos e, principalmente, na qualificação dos trabalhadores de enfermagem, visto que a enfermagem está na linha de frente em todas as dimensões da atenção em saúde destacadas e tratadas no presente relato (vigilância, promoção da saúde, cuidado integral e segurança de povos indígenas e trabalhadores de saúde). Por isso, a implementação do primeiro nível de resposta no enfrentamento da pandemia nos territórios indígenas tem sido essencial para conter a circulação do Novo Coronavírus.

Para realizar a intervenção na realidade objetiva, a equipe de saúde também enfrenta desafios que impactam no controle do avanço da pandemia nos territórios indígenas. Dentre os quais se destacam as especificidades socioculturais e limitações de acesso aos serviços de saúde em quase todos os grupos étnicos que vivem na região. Outra fragilidade vivenciada pela equipe é o controle das morbidades pré-existentes, como as doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis que, por sua vez, tornam essa população ainda mais vulnerável à COVID-19. Além disso, o acesso das equipes de saúde às comunidades indígenas tem se configurado como um desafio, devido às barreiras sanitárias dos municípios e à resistência de povos indígenas nos seus territórios frente à entrada de pessoas vindas de áreas onde a transmissão comunitária foi instalada. Paradoxalmente, essas barreiras têm impedido ou retardado, também, a entrada de profissionais das equipes de saúde indígena em seus territórios sanitários.

Contudo, a articulação dos agentes indígenas de saúde com as lideranças indígenas, para o monitoramento de entrada nos territórios indígenas de pessoas com ou sem sintomas respiratórios, as restrições relativas à saída dos moradores e as estratégias de isolamento dos casos suspeitos ou confirmados, especialmente nas aldeias com grande número de habitantes, têm se mostrado eficazes na contenção do número de casos.

As medidas individuais e coletivas de prevenção, como confecção e uso da máscara facial de pano, distanciamento social, uso individual de utensílios e objetos pessoais, bem como a adequada higienização das mãos com água e sabão são pontos debatidos sistematicamente nas aldeias, inclusive naquelas mais distantes das áreas urbanizadas. Entre os povos de recente contato e isolados, as medidas são mais voltadas ao controle de acesso ao território e medidas de isolamento (quarentena dos profissionais com ou sem sintomas respiratórios, ao entrarem no território) e teste diagnóstico. Também a identificação de casos sintomáticos para síndrome gripal têm possibilitado à equipe de saúde o acompanhamento e a intervenção (encaminhamento) precoce. Os casos graves que necessitam de tratamento hospitalar, principalmente aqueles que precisam de suporte ventilatório, são removidos para capital (Manaus), única cidade do estado onde há serviço de terapia intensiva.

Cabe destacar que a sistematização do cuidar em saúde indígena, no que se refere ao fazer dos trabalhadores da enfermagem (identificação de problemas, o processo de julgamento e os resultados de enfermagem), foi estruturada considerando a realidade cultural dos grupos étnicos envolvidos. Embora todos os cuidados estejam pautados nas melhores evidências científicas, a enfermagem precisa sempre estabelecer uma relação dialógica de confiança e afetiva com os indígenas, para favorecer o alcance dos resultados e a compreensão

da realidade que pautem práticas mais avançadas no sentido de obtenção de proteção da saúde e controle de doenças, incluindo a COVID-19, entre essas populações.

A experiência da enfermagem em saúde indígena tem indicado que é relevante manter a atenção sobre a realidade (necessidade) desses profissionais. Suas vivências têm sido fundamentais na gestão (planejamento, monitoramento, avaliação) e na implementação das ações (cuidado de pessoas, família e comunidade, incluindo as ações de vigilância em saúde), contribuindo, desse modo, para o planejamento de outras estratégias de impacto positivo nas condições de saúde dos indígenas. Entretanto, esses profissionais não têm vínculo trabalhista estatal (seus vínculos são com organizações sociais).

Em todas as situações, a articulação da equipe, e em especial dos agentes indígenas de saúde, com as lideranças indígenas tem sido essencial para o fortalecimento das ações de vigilância e promoção da saúde, especialmente as que são exercidas pelos profissionais da enfermagem, os quais representam o maior contingente de trabalhadores atuando na linha de frente no combate à pandemia.

CONCLUSÃO

Essa experiência permitiu ampliar a percepção quanto à importância do uso de um modelo teórico-metodológico para planejar, executar e avaliar ações de enfermagem. Permitiu também notar que[,] mesmo em um cenário geográfico marcado por adversidades, com previsões epidemiológicas desfavoráveis, principalmente para os territórios indígenas, e sendo essas populações pertencentes aos grupos vulneráveis à forma grave da COVID-19, os resultados do trabalho da enfermagem, nos campos da vigilância e promoção da saúde, têm contribuído para minimizar ou evitar o avanço da doença e impactado na redução gradativa da sua letalidade, também entre os indígenas.

Nessa perspectiva, espera-se que a experiência descrita possa subsidiar profissionais de enfermagem que atuam na saúde indígena, provocando reflexão sobre a sistematização das ações de enfermagem acerca da vigilância em saúde, promoção da saúde em território indígena, cuidado integral à família e comunidade, bem como a segurança dos usuários e trabalhadores, no âmbito da área de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico COVID-19, n.3 [Internet]. 2020. [cited 2020 17]. Available from: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>
2. Fundação de Vigilância do Amazonas. BoletimCovid, n.10 [Internet]. 2020. [cited 2020 21]. Available from: http://transparencia.fvs.am.gov.br/media/publicacao/boletim_covid_10.pdf
3. Codeço CT, Villela D, Coelho F, Bastos LS, Gomes MFC, Cruz OG, et al. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e o impacto no sistema de saúde e população por microrregião. Rio de Janeiro: Fiocruz/PROCC, 2020. 3v. [cited 2020 21]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40509>
4. Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus. Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) em povos indígenas do DSEI Manaus, Manaus, 2020, 50 p.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indígenas. 2020: Brasil. [cited 2020 jun 18]. Available from: <https://indigenas.ibge.gov.br/>
6. Rocha ESC, Gonçalves MJF, CRUZ, MJF, Lacerda RAB. Perfil de enfermeiros (as) que atuam na saúde indígena e não indígena/Profile of nurses who work in indigenous and non-indigenous healthcare. CiencCuidSaude, 2018; 17(4): 45195. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i4.45195>
7. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem. Nota de Esclarecimento sobre o Coronavírus (COVID-19). [cited 2020 jun 11]. Available from: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-o-coronavirus-covid-19_77835.html
8. Egly EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. RevBrasEnferm [Internet]. 2018;71(supl1):758-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>.

9. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Nota Técnica nº 17 de 29 de agosto de 2018. Documento orientador da organização dos processos de trabalho da atenção primária à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígena, Brasília, 2018.
10. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Boletim Epidemiológico da SESAI, 2020 [cited 2020 jun 29] Available from: <https://saudeindigena.saude.gov.br/>.