

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
ENSP/FIOCRUZ

**O processo de trabalho em uma Clínica da Família no contexto da
pandemia de COVID-19**

Alan de Aquino Nogueira
Andreza da Silva Lopes
Bruno Bernacchi
Camila Santos Robles
Flavia Avelino Galvão de Moura
Gabriella Rocha Santos
Paulo Rogério Nunes Barbosa

Rio de Janeiro
2021

O processo de trabalho em uma Clínica da Família no contexto da pandemia de COVID-19

Contextualização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento à COVID-19

Autoria Coletiva

As ferramentas digitais como possibilidade de educação em saúde e suas repercussões no processo de trabalho em saúde na Clínica da Família

Alan de Aquino Nogueira

Precarização do Sistema Único de Saúde e o contexto de pandemia: a ausência do NASF-AB no processo de trabalho em uma Clínica da Família inserida em um território vulnerabilizado

Andreza da Silva Lopes

A importância da comunicação na promoção da saúde e sua articulação no processo de trabalho em uma unidade de Atenção Primária à Saúde diante da pandemia

Bruno Bernacchi

Desafios na promoção da segurança alimentar e nutricional no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Camila Santos Robles

O processo de trabalho em uma unidade de Saúde da Família no contexto da pandemia da Covid-19 e sua relação com a Saúde e Segurança dos Trabalhadores

Flavia Avelino Galvão de Moura

Saúde mental do trabalhador: uma análise sobre a vivência daqueles que exercem o cuidado em saúde

Gabriella Rocha Santos

As diferentes faces do cuidado no processo de trabalho em saúde: Ferramentas para o cuidado integral na Estratégia de Saúde da Família

Paulo Rogério Nunes Barbosa

Trabalho de Conclusão de Residência de elaboração coletiva e individual apresentado como pré-requisito para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Orientadoras: Angela Oliveira Casanova e Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos.

Rio de Janeiro
2021

AGRADECIMENTOS

Aos familiares e companheiros, por todo amor, carinho e companheirismo.

Aos amigos, pela motivação e compreensão dos momentos de ausência.

Ao nosso amado preceptor Allan Guedes por ser extremamente compreensivo com a particularidade de cada residente e ser um porto seguro em todos os momentos que precisamos. Sempre acolhedor, carismático e reconhecidamente um profissional de excelência.

À todos os profissionais da unidade onde permanecemos esses dois anos de residência, pelo acolhimento, troca de experiências e aprendizados e construção de vínculos, mesmo em um período tão adverso.

À nossa equipe que com paciência, compreensão e garra nos transformou em seres e profissionais melhores e resilientes.

Aos usuários da clínica pela delicadeza e sensibilidade de dividir a vida conosco e pelos ensinamentos que somente o vínculo proporcionam.

À nossa amiga Alessandra Mattos que sempre esteve conectada com o “#TEAMPAVUNA”, demonstrando carinho e apoio em todos os momentos de alegria e tristeza no percurso da residência. Sem a sua presença magnânima e sua força inoxidável, nosso caminho teria sido muito mais árduo.

Às nossas orientadoras Angela Oliveira Casanova e Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos por nos acompanharem ao longo do curso e nos direcionarem academicamente.

Aos professores, pela dedicação e comprometimento que, mesmo em um momento tão difícil, se adaptaram e foram capazes de nos transmitir seus conhecimentos com primor, fundamentais para nosso desenvolvimento profissional.

À coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por nos proporcionar um curso de excelência, com embasamento crítico, político, reflexivo e construtivo em prol do sistema público de saúde, nos capacitando para o serviço nos diversos territórios.

Aos membros da banca, por terem aceitado esta tarefa, pois acreditamos que são grandes referências na temática e que agregarão contribuições importantes para o nosso trabalho.

Por fim, dedicamos nossa jornada aos usuários do SUS, principalmente neste momento atípico e de muita luta, pois é por elxs e com elxs que a saúde pública precisa ser feita.

Um abraço pra quem é da ciência, um abraço pra quem é de
Deus

Um abraço pra quem é da arte e um abraço pra quem é ateu
Axé pra quem é de axé, amém pra quem é de amém
Pra ser do bem pra quem é de magia e amor pra quem é do bem
(Vintage Culture)

*Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos (...)*

Clarice Lispector

RESUMO

O presente estudo faz parte das atividades requisitadas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz para realização do Trabalho de Conclusão de Residência. Trata-se de uma nova proposta do PRMSF de elaboração de um relato de experiência, com enfoque qualitativo, tendo em vista as alterações que o contexto da pandemia do novo coronavírus exigiu. Portanto, este TCR considera as vivências dos residentes numa Clínica da Família localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Tem o objetivo de analisar o processo de trabalho da unidade neste novo panorama. O trabalho apresenta oito capítulos com diferentes aspectos necessários para a análise desta temática. Por meio de uma reflexão ampliada, foram articuladas ações estratégicas a fim de viabilizar a continuidade do cuidado, que serão abordadas na seção dos relatos de experiência com seus resultados obtidos. Por fim, o trabalho apresenta como resultados os entraves existentes no planejamento de intervenções no processo de trabalho durante a pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; pandemia; processo de trabalho; gestão do processo de trabalho em saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study is part of the required activities by the Multiprofessional Residence Program on Family Health (PRMSF) at ENSP/Fiocruz to carry out the final thesis. It consists of a new proposal by PRMSF for the elaboration of an experience report, with a qualitative focus in view of the changes that the pandemic context of the new coronavirus has demanded. Therefore, this paper considers the experiences of the residents in a Family Clinic located in the Northern Part of Rio de Janeiro. It aims to analyze the work process of the unit in this new panorama. The research presents eight chapters with different necessary aspects for the analysis of this thematic. Through an extended reflection, strategic actions have been articulated in order to enable the continuity of the care, which will be addressed in the experience reports section together with the obtained results. Finally, the work presents as results the existing obstacles in the interventions planning in the work process during the pandemia.

Key-words: COVID-19; pandemia; work process; work process management in health; family health strategy.

RESUMEN

Este estudio es parte de las actividades requeridas por el Programa de Residencia Multiprofesional (PRMSF) en Salud de la Familia de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP/Fiocruz) para llevar a cabo el Trabajo de Finalización de Residencia. Se trata de una nueva propuesta del PRMSF para elaborar un informe de experiencia, con enfoque cualitativo, ante los cambios que requería el contexto de la nueva pandemia de coronavirus. Así, este trabajo considera las experiencias de los residentes en una Clínica de Familia ubicada en la Zona Norte de la ciudad de Río de Janeiro. Tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo de la unidad en este nuevo panorama. La investigación académica presenta ocho capítulos con diferentes aspectos necesarios para el análisis de este tema. a través de una reflexión ampliada se articularon acciones estratégicas para posibilitar la continuidad de la atención, las cuales serán abordadas en el apartado de relatos de experiencia con sus resultados obtenidos. Finalmente, el trabajo presenta como resultados los obstáculos existentes en la planificación de intervenciones en el proceso de trabajo durante la pandemia.

Palabras llave: COVID-19; pandemia; Proceso de trabajo; gestión del proceso de trabajo en salud; Estrategia de salud de la familia.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Acompanhamento do pré-natal pelas categorias de medicina, enfermagem e residentes multiprofissionais	78
Gráfico 2 - Percentual de gestantes atendidas entre as categorias da equipe mínima....	80
Gráfico 3- Porcentagem de gestantes cadastradas na Clínica da Família Epiácio Soares Reis acompanhadas pela equipe de residentes, no período de abril a novembro de 2020	82
Gráfico 4 - Evolução e total de curtidas no período de abril a agosto de 2020.....	98
Gráfico 5 - Curtidas diárias no período de abril a agosto de 2020	99
Gráfico 6 - Engajamento no período de abril a agosto de 2020	100
Gráfico 7- Alcance total diário no período de abril a agosto de 2020.....	101
Gráfico 8- Impressões diárias no período de abril a agosto de 2020.....	102

LISTA DE IMAGENS

Figura 1- Mapa conceitual.....	22
Figura 2 - Clínica da Família Epitácio Soares Reis.....	26
Figura 3 - Fluxograma de “orientações para manejo de pacientes com COVID-19” na Atenção Básica	69
Figura 4 - Equipamento de Proteção Individual para a Saúde e Segurança no Trabalho	70

LISTA DE SIGLAS

A.P	Área Programática
AB	Atenção Básica
AMB	Associação Médica Brasileira
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Coordenadoria Geral da Atenção Primária
CF	Clínica da Família
CFESR	Clínica da Família Epitácio Soares Reis
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CTSB	Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal
DSP	Diagnóstico Situacional Participativo
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EaD	Ensino à Distância
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GL	Ginástica Laboral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPI	Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSR	Programas de Saúde do Trabalhador

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SGAIS	Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
JUSTIFICATIVA	17
OBJETIVOS	19
<i>Objetivo Geral</i>	19
<i>Objetivos Específicos</i>	19
METODOLOGIA	20
CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DE PRÁTICA	26
REFERENCIAL TEÓRICO	29
<i>Contextualização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento à COVID-19</i>	29
<i>Precarização do Sistema Único de Saúde e o contexto de pandemia: a ausência do NASF-AB no processo de trabalho em uma Clínica da Família inserida em um território vulnerabilizado</i>	36
<i>Desafios na promoção da segurança alimentar e nutricional no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde</i>	43
<i>As diferentes faces do cuidado no processo de trabalho em saúde: Ferramentas para o cuidado integral na Estratégia de Saúde da Família</i>	50
<i>As ferramentas digitais como possibilidade de educação em saúde e suas repercussões no processo de trabalho em saúde na Clínica da Família</i>	56
<i>A importância da comunicação na promoção da saúde e sua articulação no processo de trabalho em uma unidade de Atenção Primária à Saúde diante da pandemia</i>	59
<i>O processo de trabalho em uma unidade de Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19 e sua relação com a Saúde e Segurança dos Trabalhadores</i>	63
<i>Saúde mental do trabalhador: uma análise sobre a vivência daqueles que exercem o cuidado em saúde</i>	72
RELATOS DE EXPERIÊNCIA	76
<i>Um olhar ampliado sobre a linha de cuidado do pré-natal no cenário da pandemia</i>	76
<i>Espaço de cuidado como ferramenta para a saúde do trabalhador</i>	88
<i>O processo de trabalho e o uso da Comunicação e das Tecnologias da Informação e Comunicação em tempos de pandemia</i>	95
<i>Teleconsultas como alternativa para a continuidade do cuidado</i>	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) possui uma proposta pedagógica de constituição para o Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem por objetivo a formação em serviço de profissionais com análise crítico-reflexiva que atuem de forma interdisciplinar e multiprofissional. Para isso, conta com as seguintes categorias: educação física, enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. As equipes vivenciam durante dois anos a experiência de atuação em unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Os autores do presente trabalho foram alocados na Clínica da Família Epitácio Soares Reis (CFESR), no bairro da Pavuna, no período de abril de 2019 a fevereiro de 2021. Esta unidade pertencia à Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.3, atualmente compõe a Área Programática (A.P) 3.6, por meio de reorganização da nova gestão municipal (RIO DE JANEIRO, 2021). Durante o primeiro ano foi elaborado o Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) como trabalho final da primeira unidade de aprendizagem, sendo identificadas questões acerca dos ataques à Atenção Básica (AB) como elementos de precarização das relações e condições de trabalho. Também foram apontados problemas internos da unidade de saúde relacionados ao processo de trabalho, como: inexistência de fluxos internos; falha na comunicação entre profissionais e a gestão; alta rotatividade dos trabalhadores do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); falta de reuniões gerais e de equipes, dentre outros.

Concomitante ao final do primeiro ano da residência, em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan/China, foi detectada a presença de um novo coronavírus (Sars-CoV-2), responsável por causar a COVID-19. O vírus se disseminou rapidamente devido ao seu alto grau de contágio (LANA *et al.*, 2020). No Brasil, o primeiro caso foi identificado em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, afetando um senhor que retornou de uma viagem à Europa (BRASIL, 2020a).

A COVID-19 manifesta-se a partir de sintomas gripais como febre, tosse e dificuldade de respirar, podendo acarretar, em casos sérios, uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) que pode levar à morte. Por não apresentar agravamento na maioria dos casos e muitas vezes se manifestar de forma assintomática, sua transmissão silenciosa é facilitada, além do fato de que sua elevada transmissibilidade ocasiona uma

disseminação exponencial, o que a difere das outras epidemias (NOGUEIRA; SILVA, 2020).

Em março de 2020, por meio do Decreto n.º 46.970 do Estado do Rio de Janeiro (2020), foram determinadas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus com o intuito de diminuir a disseminação da doença no estado. No âmbito nacional, a Portaria n.º. 454 do Ministério da Saúde (MS) (2020b) identificou a necessidade de criar mecanismos para oportunizar o atendimento adequado dos casos leves na Rede de Atenção Básica à Saúde.

Ainda que a APS seja reconhecidamente um ponto de atenção fundamental para a estruturação do SUS ao se constituir a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde, o poder público não legitimou a sua importância nas estratégias iniciais de controle da pandemia por meio dos recursos e financiamento necessários. (VALE *et al.*, 2020).

No município do Rio de Janeiro, especificamente, a APS sofreu sobremaneira com a gestão da Prefeitura no mandato entre os anos de 2017 e 2020, trazendo mudanças negativas para o campo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Conforme aponta o portal Labcidade (2020), em 2018, mediante a edição 155, ano XXXII, do Diário Oficial do município em voga, foi publicada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) uma proposta de reorganização da atenção primária.

O documento sugeriu a extinção de 184 equipes de Saúde da Família (eSF), 55 equipes de saúde bucal da ESF, além da desvinculação de 30 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por ora nomeado de NASF-AB. Em 2019, quando o RJ vivenciou uma de suas maiores crises de saúde, ocorreu um corte de 400 milhões de reais destinados à saúde, significando mais de 8% do montante previsto para o ano (RIO DE JANEIRO, 2020).

Assim, o início do segundo ano do PRMSF, foi marcado pela reorganização dos serviços de saúde devido à situação de calamidade pública, impulsionando os residentes a se mobilizarem para atuar neste novo contexto. Mediante a esta realidade, foi sugerido pela coordenação do programa um novo modelo acadêmico para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), devendo este constituir-se de relatos de experiência a fim de publicizar as vivências destes profissionais na pandemia.

A escolha em analisar o processo de trabalho no âmbito da COVID-19 e propor práticas que o afetassem positivamente ocorreu em função da percepção da intensificação dos problemas na clínica. Exacerbaram-se os obstáculos na reorganização dos processos

internos, a fragmentação de informações e entrave na comunicação entre as equipes e os profissionais, a dificuldade da gestão local em lidar com as demandas dos usuários e profissionais, a ineficiência ou ausência de fluxos. Pode-se ainda dizer que tais problemas no âmbito da clínica somaram-se a outros já percebidos anteriormente, que ganharam mais força no momento da pandemia como: a fragilidade das redes inter e intrasetorial, a falta de diálogo com a CAP e outros dispositivos de saúde, a deficiência do quadro de profissionais médicos, alta rotatividade do NASF-AB com posterior demissão destes profissionais, entre outros.

Para a realização desta análise, a etapa inicial adotada pelo grupo de residentes foi a elaboração de um mapa conceitual, definindo o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19 como o eixo central, e priorizou-se oito subtemas considerados importantes pelos residentes para fundamentarem as reflexões a serem desenvolvidos no referencial teórico.

Assim, esse trabalho encontra-se organizado em quatro partes. Primeiramente são apresentados a justificativa, os objetivos e a metodologia, com as abordagens utilizadas e como foram obtidas as informações para o desenvolvimento deste estudo.

A segunda parte engloba o referencial teórico que foi apresentado em oito capítulos temáticos, sendo o primeiro elaborado coletivamente e os outros de autorias individuais. O capítulo inicial busca refletir de forma mais abrangente o processo de trabalho na APS e os desafios enfrentados no contexto de pandemia diante da necessidade de reorganização dos serviços ofertados e das demandas apresentadas pelos usuários transversalmente aos temas relacionados e às práticas desenvolvidas.

A partir da construção do mapa conceitual e da leitura dos textos, foi possível uma análise mais profunda sobre a precarização do SUS e sua consequência de forma acentuada na AB com a ausência do NASF-AB neste momento atípico; a reflexão sobre os desafios na promoção de segurança alimentar e nutricional existentes no processo de trabalho na APS; a exposição das diferentes faces do cuidado em saúde e suas ferramentas a fim de garantir a atenção integral de acompanhamento do pré-natal na ESF.

Também foi possibilitada a reflexão acerca da educação em saúde ofertada pelas ferramentas digitais; a importância da comunicação na promoção da saúde e sua articulação no processo de trabalho; o processo de trabalho em uma clínica da família e sua correlação com a saúde e segurança dos trabalhadores no cenário atual, analisando os riscos aos quais os profissionais da saúde submetem-se cotidianamente e a importância da garantia de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e; a saúde mental do

trabalhador, pensando a importância do cuidado àqueles que oferecem cuidado e a dos residentes multiprofissionais neste cenário.

Na terceira parte deste trabalho, encontram-se os relatos de experiência a partir do olhar interdisciplinar dos residentes, trazendo mais claramente alguns problemas identificados, intervenções propostas e realizadas, dificuldades e facilidades encontradas, resultados obtidos e possibilidades viabilizadas para a unidade de saúde. As ações pautaram-se na oferta do acompanhamento multiprofissional do pré-natal, oferta de um espaço de cuidado para os trabalhadores, uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e teleconsultas como possibilidade de continuidade do cuidado para os usuários.

Assim, apresentam-se as considerações finais, na qual os autores concluem o TCR refletindo sobre como a pandemia intensificou os problemas outrora identificados, atravessando diretamente o processo de trabalho da CFESR e, conseqüentemente, a formação em serviço dos residentes.

Por fim, o presente trabalho ressalta as necessidades de saúde e da organização dos serviços no contexto da Pandemia da COVID-19, a qual traz consigo especificidades nunca antes experienciadas, demandando intervenções e alterações no processo de trabalho em saúde na contemporaneidade. Em suma, este trabalho busca apresentar esse processo de reflexão-ação desenvolvido no decorrer do segundo ano da residência.

JUSTIFICATIVA

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP implica a inserção num campo de prática, as clínicas da família. A finalidade da inserção dos residentes nesses campos é promover a vivência dos alunos no cotidiano da APS e das práticas da ESF com destaque para atuação multiprofissional com o NASF-AB e com a equipe de referência.

A Clínica da Família Eptácio Soares Reis, na qual os autores estão inseridos, apresentou notória lacuna no processo de trabalho desde o período de imersão. Esta lacuna também estava atrelada à fragilidade de ações de apoio por parte do NASF-AB, tendo em vista que inicialmente a sua composição era parcial e, pouco antes da pandemia, a equipe foi desfeita, sem previsão de contratação de novos profissionais.

Esta falha perpassa situações e problemas que, por sua vez, impactam diretamente as relações entre os profissionais e equipes, causando fragmentação das informações, descontinuidade da assistência, conflitos internos e o estranhamento entre os pares. Ao mesmo tempo em que todas essas situações eram conhecidas, notava-se também uma grande falha na comunicação, falta ou ineficiência de fluxos, inexistência de reuniões gerais e um afastamento crescente do gerente da unidade, corroborando cada vez mais com o conflito e o caos interno.

Com a disseminação do novo coronavírus na proporção de uma pandemia, que desestabilizou os sistemas de saúde em um aspecto global, o SUS também sofreu com as suas particularidades, que vão desde a desigualdade social presente no Brasil à precarização de ações e políticas públicas.

Se por um lado tornou-se clara a necessidade da ampliação de um sistema público gratuito e universal, por outro, desde antes da pandemia já vivenciávamos – e ainda hoje vivenciamos – uma série de ataques e tentativas de desmonte do SUS. Nesse rol de medidas de desmonte, destacamos períodos de atraso salarial que resultaram em diversas greves por parte dos profissionais de saúde, ampliação da terceirização, redução de equipes e do financiamento da AB, além de drásticas reduções salariais.

Além disso, se outrora havia sido identificado um grave hiato no processo de trabalho da unidade em questão, a pandemia da COVID-19, somada a todos os fatores citados e ocorridos em momento anterior, intensificou ainda mais esta desarticulação. Conseqüentemente, houve uma repercussão negativa na vida dos trabalhadores, residentes alocados e da população assistida, que passou a ser atendida apenas em casos

de suspeita de infecção pelo Sars-CoV-2 ou linhas prioritárias, como a de gestantes, tuberculose, hanseníase, vacinação, entre outras. Essa repercussão causou efeitos importantes na saúde mental dos trabalhadores, na sua segurança, nos processos comunicacionais e na continuidade do cuidado, um dos princípios norteadores da qualidade da APS.

Desta maneira, o presente estudo justifica-se pela necessidade do debate e conhecimento acerca da importância do processo de trabalho sólido e bem definido nos contextos tanto tradicionais quanto transfigurados por motivos de contingenciamento global. Neste sentido, destacam-se também os impactos sofridos pelos profissionais da Clínica da Família (CF) e seus atravessamentos na assistência prestada aos usuários do serviço.

A realização deste trabalho é de suma importância no sentido de refletir sobre a desmotivação e a precarização das condições e relações de trabalho entre os profissionais de saúde, posto que são fatores que podem desencadear efeitos negativos no cuidado em saúde dos usuários. Ao mesmo tempo busca apresentar estratégias desenvolvidas pelos residentes de modo a apoiar e fortalecer a atuação da Clínica da Família nesse momento tão conturbado.

Considerando os principais problemas identificados no processo de trabalho da CFESR no curso da pandemia, a relevância deste trabalho diz respeito à elaboração de estratégias de comunicação e de tecnologia da informação em saúde, saúde mental dos trabalhadores, reestruturação da linha de cuidado do pré-natal da unidade analisada, todas desenvolvidas a partir de um olhar multiprofissional. Estas ferramentas foram relevantes no suporte para a readequação do processo de trabalho em saúde frente a necessidade da reorganização dos serviços da APS no sentido do enfrentamento da pandemia e da manutenção da oferta regular de ações com base no protagonismo deste setor (MEDINA *et al.*, 2020).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os impactos da pandemia de COVID-19 e da precarização da Atenção Primária à Saúde no processo de trabalho em uma Clínica da Família.

Objetivos Específicos

1. Analisar os reflexos da ausência do NASF-AB no processo de trabalho da unidade frente às demandas vivenciadas pela pandemia em um território vulnerabilizado;
2. Discorrer sobre a relação da Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalhador com a organização do processo de trabalho da unidade no cenário da pandemia;
3. Refletir sobre a reconfiguração do cuidado em saúde diante da pandemia e a sua relação com o processo de trabalho; e
4. Examinar o conceito de Tecnologias da Informação e Comunicação e demonstrar suas potencialidades e limitações nos processos de trabalho da Clínica de Família no contexto da Covid-19.

METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolvido se expressa em um relato de experiência, com enfoque qualitativo, que considerou as vivências dos residentes numa clínica da família do município do Rio de Janeiro. Motivados pelos impactos da pandemia de coronavírus na rotina da unidade, foram desenvolvidas quatro experiências pelos autores, no qual o principal tema norteador foi o processo de trabalho, perpassando todas estas. Nas quatro experiências, intervenções foram propostas e aplicadas e seus resultados analisados pelos residentes.

Pesquisa qualitativa depende de diversos fatores, tais como a origem dos dados coletados, extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que a norteiam (BRUCHÊZ *et al.*, 2018).

Este tipo de pesquisa envolve diversas técnicas de coletas de dados, tais como análise de experiências individuais e grupais, ferramentas de interações e comunicações desenvolvidas, e investigações documentais (FLICK, 2009).

Outra caracterização de pesquisa qualitativa envolve o objetivo do estudo em entender o porquê de determinado comportamento (GIL, 2002).

Para realização do trabalho foram seguidas etapas metodológicas:

Primeira etapa: Revisão do diagnóstico situacional.

O Diagnóstico Situacional Participativo da CFESR foi realizado em 2019 pela equipe de residentes tendo como objetivo central analisar o cenário no qual estava inserida a unidade com foco na equipe Comendador Guerra, levando em consideração a situação de saúde da população adscrita bem como seus determinantes e condicionantes de saúde. Por isso, com o início da disseminação do SARS-Cov-2 na população coberta pelas equipes de SF, se considerou a necessidade de revisão do mesmo a fim de subsidiar o entendimento das fragilidades da CF, mas também suas potencialidades e com isso verificar as ações e processos de trabalhos modificados em decorrência da pandemia.

Para a elaboração deste trabalho, foram levantados informações e dados do DSP, com o intuito de identificar e descrever as necessidades e potencialidades locais, bem como auxiliar na construção do trabalho e nas intervenções realizadas. O Diagnóstico Situacional se constitui como um instrumento para auxiliar e conhecer os problemas e necessidades sociais do território, permitindo entender como é sua organização (SANTOS *et al.*, 2018).

Segunda etapa: Pesquisa-ação e observação participante

As abordagens metodológicas preferenciais para o desenvolvimento das experiências foram a observação participante e a pesquisa-ação.

A pesquisa-ação é uma modalidade de pesquisa social de caráter empírico que analisa as problemáticas relacionadas ao grupo participante, a fim de desenvolver estratégias que podem resolver uma questão coletiva, implicando de forma cooperativa os próprios participantes representativos no processo (THIOLLENT, 2011 *apud* FELCHER *et al*, 2017).

Segundo Tripp (2005), embora considerada pragmática, a pesquisa-ação não é semelhante à prática e, ainda que seja considerada pesquisa, difere da pesquisa científica tradicional. Isso porque a modalidade tem por característica a peculiaridade de alterar o que está sendo pesquisado e de ser limitada pelo contexto e pela ética da prática, requerendo ação tanto na área da prática quanto da pesquisa e utilizando técnicas de pesquisas consagradas para mencionar a ação determinada para melhorar a prática.

A metodologia de observação participante, que envolve a interação direta, frequente e prolongada entre atores e pesquisadores diante de um cenário comum (CORREIA, 2009), também foi utilizada para a definição das intervenções a serem realizadas na unidade pelos residentes, pois esta decisão englobava a percepção individual e coletiva sobre os atravessamentos enfrentados pelos profissionais e usuários durante o período de estudo.

Terceira etapa: Elaboração do mapa conceitual

Para nortear a confecção do Trabalho de Conclusão de Residência foi construído pela equipe de residentes multiprofissionais o mapa conceitual, uma ferramenta de grande utilidade para melhor representação de conceitos associados ao tema do trabalho escolhido, que é o processo de trabalho de uma Clínica da Família durante a pandemia (TAVARES, 2007).

De acordo com Tavares (2007), o mapa conceitual

se coloca como um instrumento adequado para estruturar o conhecimento que está sendo construído pelo aprendiz, assim como uma forma de explicitar o conhecimento de um especialista. Ele é adequado como instrumento facilitador da meta-aprendizagem, possibilitando uma oportunidade do estudante aprender a aprender, mas também é conveniente para um especialista tornar mais clara as conexões que ele percebe entre os conceitos sobre determinado tema (*op. cit.*, p. 74).

Sendo assim, esse instrumento foi fundamental para expormos melhor os temas e conceitos iniciais e analisar suas articulações, conforme pode ser observado na figura 1. Em seguida, procedemos à seleção e definição das experiências que seriam desenvolvidas na CFESR e que foram utilizadas ao longo do desenvolvimento do TCR.

Figura 1- Mapa conceitual



Fonte: Elaboração própria.

Segundo Carabetta Júnior (2013), os elementos do mapa organizados em algum tipo de estruturação com inter-relações formam uma rede de significados que os articula entre si. Com o mapa conceitual, levantou-se quais seriam os principais aspectos a serem trabalhados. As escolhas dos subtemas para o desenvolvimento do referencial teórico foram: Segurança Nutricional e Alimentação, ausência do NASF-AB, Comunicação em Saúde, Tecnologias da Informação e Comunicação, linhas de cuidado prioritárias, Segurança e Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. Destaca-se que estes subtemas estão diretamente relacionados ao processo de trabalho no cenário pandêmico.

Quarta etapa: Revisão da literatura

Foi realizada pesquisa bibliográfica a fim de responder aos objetivos específicos, e assim oferecer maior subsídio para a redação da introdução, realização das experiências e redação da discussão do trabalho. De acordo com Boccato (2006), pesquisa

bibliográfica é a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico, podendo ser levantadas revisões bibliográficas em diversos acervos e fontes científicas.

Quinta etapa: Métodos e ferramentas utilizados na prática das experiências

I. Planilha e consulta ao prontuário eletrônico e-SUS

Para a tabulação dos dados obtidos durante o acompanhamento das consultas de pré-natal foi elaborada uma planilha com as seguintes categorias de análise: idade, equipe, idade gestacional no primeiro contato com os residentes, quantidade de consultas com profissionais residentes, condição de saúde da gestante, intercorrências, trabalho e benefícios sociais, observações e quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal. É importante ressaltar que, para a inclusão de alguns dados na planilha, fez-se necessária a consulta ao prontuário eletrônico.

A planilha foi elaborada no programa Excel 2007, e contou com informações obtidas no período de abril a novembro de 2020. Esta pode ser visualizada no apêndice 1.

II. Grupos de promoção da saúde

A criação e inserção de um grupo de promoção da saúde com a realização de práticas grupais no cotidiano da clínica da família foi realizada pela equipe multiprofissional de residentes composta por assistente social, dentista, educador físico, enfermeira, farmacêutico, nutricionista e psicóloga.

Segundo Santos *et al* (2006), o desenvolvimento de grupos de promoção da saúde possibilita a criação de um espaço colaborativo e de confiança entre os participantes que favorece a troca de experiências, mobilização emocional e união para o combate de situações de sofrimento individual e coletivo. Sendo assim, o critério que fomentou e justificou a intervenção por meio da criação do grupo de promoção da saúde relacionou-se com a intensificação do estresse vivenciado na rotina do profissional da saúde pública no Rio de Janeiro somado ao surgimento e propagação da pandemia mundial do Sars-Cov-2.

III. Teleconsulta

Como metodologia de comunicação para realizar atendimentos remotos foi utilizada a ferramenta da teleconsulta, que consiste na consulta por meio de uma ligação por vídeo chamada para usuários feita pelo telefone institucional a fim de garantir a continuidade do acesso à saúde quando este não é possível de forma presencial.

IV. Plataforma *Facebook* e extração dos dados

Foi utilizada a rede social do *Facebook* com o intuito de disseminar conteúdos relevantes à sociedade em geral com foco nas informações referentes à saúde pública. Os dados desta plataforma foram extraídos e foram gerados gráficos para análise da equipe de residentes. Os gráficos elaborados se encontram no relato de experiência intitulado “O processo de trabalho e o uso da Comunicação e das Tecnologias da Informação e Comunicação em tempos de pandemia”.

V. Criação de artes e divulgação de informações (*Canva*):

Para auxiliar na abordagem dos temas de saúde por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação, foi utilizada uma ferramenta online de criação de design de imagens, com intuito de facilitar a comunicação com os usuários que acompanham as informações da página virtual da unidade de saúde, por meio de imagens mais atrativas e objetivas.

VI. Aplicativo *WhatsApp*

O uso do *WhatsApp* teve por objetivo dar continuidade nos serviços interrompidos devido a pandemia do novo coronavírus. Foram criados grupos de “Atividades físicas online” e de “Nutrição”, estes a cargo dos residentes de suas respectivas categorias profissionais. Além da continuidade das atividades em formato remoto, a plataforma proporcionou a comunicação e informação aos usuários. A captação dos cadastrados para estes grupos se deu por contato direto na clínica, por mensagem do próprio aplicativo e por meio de captação da página do *Facebook* da clínica.

VII. Interconsulta

Segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB): Diretrizes do NASF-AB, entende-se interconsulta por

Atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc (BRASIL, p. 7-8, 2009).

Foram realizadas interconsultas durante as experiências para haver o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais e usuários em busca da concretização do princípio da integralidade do SUS.

CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DE PRÁTICA

A identificação do cenário de prática se configura como essencial para a contextualização do presente trabalho. As suas características singulares vêm impactando a formação dos residentes alocados na unidade de saúde.

Desde 2015 a CFESR conta com o PRMSF da ENSP/Fiocruz, sendo campo para a formação especializada de profissionais na ESF. Ao que parece, a atual equipe de residentes será a última a se formar neste cenário, visto que a unidade foi descredenciada como campo de prática da residência para os próximos anos.

Com base no Diagnóstico Situacional Participativo realizado por esta equipe no primeiro semestre de atuação no PRMSF, foi possível conhecer o território coberto pela unidade e a forma como a Clínica da Família é estruturada.

A clínica em questão (figura 2) está localizada no bairro da Pavuna, zona norte do Rio de Janeiro, pertence à A.P 3.6. Segundo dados do último censo publicado (2010), o bairro possui 97.350 mil habitantes e 22.313 deles habitantes são usuários da CFESR, representando 21,7% da população pavunense.

Figura 2 - Clínica da Família Eptácio Soares Reis



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

A respeito da Pavuna, faz-se importante destacar que este bairro possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,790, ocupando a posição 27º do município e

caracterizando o bairro por intensos processos de vulnerabilização. De acordo com os dados de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os territórios precarizados nem sempre contam com os serviços de água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo. Para além das questões de saneamento apontadas, a falta de renda, de investimento público, e a presença dos diversos tipos de violência refletem diretamente na qualidade do processo saúde-doença da população assistida no local.

A clínica em questão possui cinco equipes de referência, quais sejam: Chapadinho, Comendador Guerra, Chrisóstomo Pimentel, Paula Fonseca e Village. Em alguns momentos, nem todas as equipes estiveram completas, no entanto, hoje todas estas possuem em sua composição a presença de um médico, um enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, uma característica marcante é a alta rotatividade dos médicos e o fato de que nem todas as equipes dispõem de médicos 40 horas semanais, impactando o vínculo desses profissionais com os usuários.

O local também dispõe de duas equipes de Saúde Bucal e de uma equipe do NASF-AB. Esta última é composta por uma médica ginecologista, duas assistentes sociais e uma fisioterapeuta, que assumiram o cargo em outubro de 2020 depois de 10 meses sem o apoio dessas categorias devido à troca da Organização Social de Saúde (OSs) na unidade. Além disso, as profissionais citadas não são exclusivas da unidade, de forma que dividem a carga horária de trabalho em cinco diferentes unidades.

Em relação à troca de OSs, destaca-se que, em fevereiro de 2020 a unidade passou a ser administrada pela Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro, vinculada à Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, a qual substituiu a Organização Social de Saúde -Viva Rio, que era responsável pela prestação de serviços desde a inauguração da Clínica em 2011. Desta forma, a unidade deixou de contar com a presença de NASF-AB por um período de quase um ano e todos os profissionais da equipe mínima foram demitidos, alguns, recontratados com redução salarial. Com a demora de contratação dos médicos, a unidade funcionou durante duas semanas sem a presença desta categoria profissional.

Anteriormente ao novo coronavírus a CFESR desenvolvia atividades que faziam parte da ESF, tais como: realização de consultas eletivas, atendimento das demandas espontâneas, realização de grupos na clínica, visitas domiciliares (VD) no território adscrito, ações do Programa Saúde na Escola, dentre outras. Como consequência da COVID-19, que demandou adaptações diante da pandemia, essas atividades se fragilizaram e somente permaneceram alguns atendimentos eletivos, principalmente

aqueles referentes à linha de cuidado do pré-natal, além de algumas demandas espontâneas, como casos de urgência e emergência, e as vacinações.

Viver em um cenário de instabilidade, insegurança e constante violência afeta não só os usuários como também os profissionais, que vivem sob constante tensão. E apesar de possuir o Programa Acesso Mais Seguro¹, de maneira fragilizada e sem seguir os parâmetros preconizados pela Cruz Vermelha, estes fatores supracitados desgastam o processo de trabalho desenvolvido na CF. Associado a isto, a pandemia intensificou ainda mais todo esse contexto, causando impactos negativos no bem estar físico, social e mental de todos do território.

¹ De acordo com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (2016), o Programa Acesso Mais Seguro é uma metodologia desenvolvida com o intuito de ajudar os serviços de Saúde, Educação e Assistência Social e os seus profissionais a mitigarem os riscos que podem existir em contextos delicados e de insegurança. O programa propõe um conjunto de ações e medidas a fim de preparar os profissionais na resposta aos desafios e prioridades específicos do contexto apresentado, a partir da avaliação permanente de riscos e de medidas que possam reduzi-los. Importante ressaltar que o programa fornece táticas de proteção e defesa em situações de extrema violência urbana, geralmente ocasionadas por conflitos armados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Contextualização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento à COVID-19

A APS, configurada como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), é um dos condicionantes da dinâmica regional da saúde e conta com a ESF como modelo preferencial para a reorganização da atenção básica no Brasil. Nesse contexto de mudança de paradigma assistencial, a ESF busca a resolutividade para as demandas de saúde da população, servindo como porta de entrada a partir de princípios norteadores como a centralidade no indivíduo e comunidade, vínculo com o usuário, integralidade e coordenação do cuidado, articulação com as demais redes, participação social, entre outros (BOUSQUAT *et al.*, 2019; BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2017).

Esta estratégia elaborada e aprovada na primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) veio se expandindo ao longo dos anos pelo surgimento de políticas, incentivos e programas que incorporaram ao processo de trabalho da ESF outros profissionais de saúde e ampliaram seu escopo de ofertas (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Nesse momento passam a transitar na APS equipes multiprofissionais que deveriam atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de referência, compartilhando práticas e saberes em saúde, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas de cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz tem como objetivo especializar profissionais de saúde para atuarem nas ESF e no NASF-AB, nos processos de educação e formação em saúde visando à melhoria da atenção à saúde e o bem estar de usuários, suas famílias e da comunidade.

A multiprofissionalidade que compõe o Programa ressignifica o processo de trabalho na APS devido a articulação de saberes e troca de conhecimentos diante das múltiplas dimensões, objetivas e subjetivas, dos problemas e demandas de saúde, buscando promover o princípio da Integralidade do SUS e possibilitar uma percepção ampliada, e compartilhada do cuidado em saúde em benefício do usuário (SALVADOR *et al.*, 2011).

Além disto, as estratégias pedagógicas propostas pelo Programa são estruturadas por meio de atividades teóricas e práticas a fim de problematizar a realidade, tais como: orientações, seminários, diário reflexivo e trabalhos de conclusão das unidades de aprendizagem. Um desses trabalhos foi o Diagnóstico Situacional Participativo, que ao ser desenvolvido no primeiro ano da RMSF, permitiu mapear e compreender a forma de organização do território de atuação das equipes de saúde da família, mapear seus equipamentos sociais e seus fluxos. Considera-se que a partir dessa vivência é possível qualificar o processo de trabalho da unidade em que os residentes estão alocados e, conseqüentemente, o serviço na APS de forma ampliada.

No entanto, cabe ressaltar que, apesar de grandes avanços na ampliação da cobertura da APS e do acesso da população aos serviços de saúde, uma grave crise política e econômica iniciada em 2014 assolou o país, causando impactos importantes sobre o SUS. Um desses impactos decorreu da nova revisão da PNAB de 2017, trazendo riscos para o modelo da ESF (MOROSINI *et al.*, 2018).

A sua nova versão, de 2017, passou a reconhecer financeiramente outros modelos de organização da atenção básica, que não o modelo proposto inicialmente. Além da mudança na estrutura das equipes, como por exemplo, a indefinição do número de ACS por equipe (FAUSTO *et al.*, 2018; OPAS, 2017) a extinção da base de incentivo federal para a adoção do NASF-AB e a permissão fornecida aos gestores municipais para avaliarem a continuidade e/ou conformação do NASF-AB, conforme necessidade territorial (MATHIAS E TORRES, 2020; MOTA, 2020).

A experiência no campo de prática durante o período de RMSF revelou como essas questões vêm influenciando negativamente o processo de trabalho em saúde na ESF. Vecchia (2012) relata que o trabalho em equipe representa um princípio fundamental da ESF. O autor reafirma que, para que a ESF se consolide como ordenadora principal da RAS, é necessário articular atributos que estruturam seu processo de trabalho. Portanto, os atributos pertinentes são relativos ao trabalho em equipe multiprofissional, de base territorial e abordagem familiar, que possibilite o vínculo, e promova a longitudinalidade e a integralidade, para realizar a coordenação das ações de cuidado (BRASIL, 2012a).

Ao focar no objeto central do presente estudo, que é o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família diante do cenário de pandemia, torna-se imprescindível o resgate das categorias trabalho e processo de trabalho em saúde, que irão pautar a análise.

A partir de uma leitura marxiana e marxista sobre a categoria trabalho, é fundamental localizá-la enquanto estrutural no processo de humanização e estruturação humana. Lukács (1979) indica que o homem responde às suas necessidades sociais pelo ato de trabalhar e cria novas maneiras de satisfazê-las, configurando uma relação auto implicada que favorece o desenvolvimento de suas forças produtivas.

Com o advento da sociedade capitalista, ao se apreender que a capacidade da produção humana era superior àquela despendida para satisfazer as suas necessidades materiais básicas, notou-se que poderia ser vantajoso explorar esta força de trabalho com o intuito da produção de excedente, conforme aponta Guarany (2014).

Portanto, o trabalho que até então correspondia à satisfação das necessidades humanas básicas por meio da produção do valor de uso, passa a corresponder ao valor de troca, sob vigência da sociedade capitalista. Desta forma, a produção que excede a subsistência humana torna-se mercadoria e possibilita a exploração do trabalho.

Assim, a forma de trabalho pautada pela lógica capitalista e pela sua divisão social do trabalho “[...] esconde o que há de real nas relações sociais.” (GUARANY, 2014, p. 32). E reforça o estabelecimento da relação direcionada pela reificação, ou seja, a relação passa a ocorrer entre mercadorias e objetos de troca. Logo, “o que deveria ser fonte de humanidade se converte em desrealização do ser social, alienação e estranhamento dos homens e mulheres que trabalham.” (ANTUNES, 2008, p. 3).

Ao direcionar a análise para o campo da saúde, Mendes Gonçalves (1979; 1992 *apud* Peduzzi e Schraiber, 2009) relaciona a teoria marxista do trabalho à saúde com vistas a refletir o processo de trabalho em saúde. De acordo com este autor, o processo de trabalho em saúde se caracteriza pela presença de instrumentos materiais e não materiais, além de elementos que se destacam com a necessidade de serem examinados de forma articulada para que se configure um processo de trabalho específico.

O objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, são os elementos assinalados que incorporam todo esse processo. O objeto consiste naquilo que incide a força de ação do trabalhador, ou seja, o que deve ser remodelado. Neste caso, as necessidades humanas de saúde. Destaca-se ainda que o objeto de trabalho não é um objeto natural e não existe fisicamente, sendo identificado apenas a partir da delimitação de um olhar que torna possível revelá-lo. Desta forma, o objeto de trabalho possui, implicitamente, o produto consequente do processo de transformação derivado do trabalho, segundo Mendes Gonçalves (1979; 1992, *apud* Peduzzi e Schraiber, 2009).

Os instrumentos de trabalho, por sua vez, constituem um rol de artefatos que o trabalhador interpõe entre si e o objeto para ampliar sua possibilidade de intervenção sobre o mesmo. Os instrumentos de trabalho subdividem-se em dois: materiais e não-materiais. O primeiro constitui-se de “equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, entre outros”, conforme indicam Peduzzi e Schraiber (2009). Já o segundo constitui-se dos “saberes, que se articulam entre determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho), e os instrumentos materiais” (*op. cit.*, 2009).

Os agentes do trabalho os quais, no presente contexto, são os próprios trabalhadores da saúde, têm como finalidade intermediar a relação entre objeto e instrumento, imprimindo assim uma finalidade à ação empregada. Assim, constitui-se enquanto importante peça uma vez que exerce função de elo, de conectividade entre os elementos. Desta forma, ele mesmo se caracteriza como instrumento de trabalho e sujeito da ação, tornando viável o processo de trabalho.

Faz-se importante destacar que o termo “processo de trabalho em saúde” refere-se a uma dimensão microscópica do trabalho em saúde. Desta forma, consiste na prática cotidiana de produção e consumo de serviços de saúde por meio dos trabalhadores. Assim, uma vez que os serviços se organizam de forma a atender a demandas ou até mesmo identificar novas necessidades e criar processos de trabalho mais convenientes de acordo com a ocasião, fica nítida a relação direta entre o trabalho e as necessidades humanas (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009).

Em determinados contextos pode ainda emergir a necessidade de elaboração inclusive de novos modelos de atenção em serviço, também seguindo os princípios pautados na especificidade das necessidades e de processos de trabalho adaptáveis, de acordo com Mendes Gonçalves (1979; 1992, *apud* Peduzzi e Schraiber, 2009).

Enfatiza-se ainda que, uma vez que o “processo de trabalho em saúde” se encontra presente nas diversas esferas do campo da saúde - como na atenção à saúde, modelos assistenciais, gestão em saúde, trabalho em equipe, entre outros-, este conceito torna-se imprescindível nas discussões inerentes ao campo das políticas públicas de saúde. Este fato se deve pela sua viabilidade de abordagem não apenas no âmbito de áreas profissionais especializadas, mas também nas que compõem abordagens de cunho social, permitindo assim uma abordagem nas dinâmicas tanto estruturais quanto inerente aos sujeitos da ação, como apontam Peduzzi e Schraiber (2009).

Ainda, Mendes Gonçalves (1992, *apud* PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009) ressalta a importância entre o trabalho e as necessidades humanas, sinalizando que o processo de

trabalho também pode ser alterado de acordo com as necessidades. Peduzzi e Schraiber (2009) conceituam o processo de trabalho em saúde

como a prática dos profissionais de saúde/trabalhadores inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde. Sendo a dinâmica do trabalho humano o aspecto central, derivando o conceito processo de trabalho em saúde. (*op. cit.*, 2009).

Nesse sentido, a Pandemia da COVID-19 trouxe consigo especificidades para a organização dos serviços nunca antes experienciadas, demandando assim intervenções e adequações no processo de trabalho em saúde em todos os níveis, inclusive na APS. Ao mesmo tempo, o contexto da Pandemia se sobrepôs aos desafios já sinalizados no que se refere às modificações ocorridas na PNAB, mudanças de rota na agenda política e suas consequências.

Considerando o desafio em escala global que é uma pandemia e os dados de estudos que indicam que cerca de 80% dos casos de COVID-19 apresentam-se de forma leve e que grande parte dos moderados recorrem à rede básica como primeiro acesso ao cuidado (SARTI *et al.*, 2020), é necessário debater sobre o lugar da APS na assistência à saúde.

O escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa, desenvolveu, logo no começo da pandemia, um documento orientador de práticas e tomadas de decisão no que tange a resposta do sistema de saúde à COVID-19 (VERITY, 2020). Este documento menciona cinco áreas em que a APS pode desempenhar papéis importantes, são estas:

1. Informar os pacientes e a comunidade sobre a COVID-19.
2. Interromper a cadeia de transmissão e minimizar a propagação do vírus.
3. Melhorar a precisão e o alcance da vigilância epidemiológica.
4. Identificar e proteger indivíduos e grupos populacionais particularmente vulneráveis à infecção e/ou sob maior risco de agravamento e morte.
5. Assegurar encaminhamento apropriado para teste, isolamento domiciliar e internação hospitalar. (VERITY, 2020, p. 4).

Por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação de base familiar e comunitária, paralelo a atenção às linhas de cuidado essenciais, pensando no cenário atual de tratamento da COVID-19 como urgência, a APS pode atuar como facilitadora nos processos de reconhecimento precoce, manejo e encaminhamento de pessoas com COVID-19, além de proporcionar coordenação e continuidade para regulação de outros serviços de saúde essenciais e limitação do tempo de internação. A eficácia dessa atuação pode desempenhar um papel importante na desaceleração da contaminação, na atenção a

pacientes com quadro leve e moderado de COVID-19 e, conseqüentemente, evitar a saturação da rede hospitalar (VERITY *et al.*, 2020).

Em sua chegada ao Brasil, a pandemia do novo coronavírus encontrou uma população vulnerabilizada, marcada pelo desemprego e por cortes profundos na verba destinada às políticas sociais, causando um crescente estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil (WERNECK; CARVALHO, 2020). De forma conseqüente, em março, quando a pandemia chegou ao país encontrou muitas clínicas da família passando por um forte processo de demissões e admissões de novos funcionários, o que fragilizou as relações e o processo de trabalho de um modo geral.

Mesmo neste contexto, foi necessário pensar de forma imediata a aplicação de estratégias para evitar o contágio, as mudanças dos fluxos nas unidades de saúde e adaptações no processo e condições de trabalho para o acolhimento dos casos suspeitos, visando manter a segurança dos outros usuários e dos próprios profissionais de saúde.

Os pacientes foram obrigados a usar máscara de proteção e passaram a ser recebidos na parte externa da unidade, em ambiente aberto com livre circulação de ar. Os casos suspeitos foram direcionados para o atendimento em setor isolado dos demais usuários das clínicas e foi estabelecido uso obrigatório Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais da saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Mesmo com a rápida tomada de decisão de novos fluxos, a pequena verba para a compra de material de proteção para os profissionais, o conhecimento ainda precoce sobre a doença e o manejo de casos suspeitos, a inadequação da importância dada quanto ao caráter pandêmico e grave levou à contaminação de muitos profissionais (GANDRA *et al.*, 2020), o que novamente afetou o processo de trabalho, dada a necessidade de reorganização dos fluxos frente ao quadro de funcionários reduzido, sobrecarregando quem estava em atuação.

Peixoto *et al.* (2020) diz que as equipes de Saúde da Família, inseridas na APS, poderiam ter sido melhor aplicadas para este fim se houvesse maior investimento em treinamento e condições de trabalho para a estratégia, obtendo maior eficiência, efetividade e eficácia no enfrentamento da pandemia.

Observando a experiência do município de Sobral, a afirmação supracitada pode ser comprovada. Na cidade localizada no estado do Ceará, em período anterior à pandemia, a APS já era prioritária, configurando-se como referência para o norte do estado e assumindo o lugar de protagonismo na ordenação e coordenação da rede. Com um trabalho baseado na expansão da ESF, na articulação entre os pontos de atenção da

rede, melhora estrutural das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fortalecimento da intersetorialidade e da interprofissionalidade, participação comunitária e controle social, o município teve braços para adequar os serviços, refinar os processos de trabalho e, assim, enfrentar a pandemia da COVID-19 (RIBEIRO *et al*, 2020).

Ironicamente, a pandemia veio para emergir uma tragédia que já estava anunciada. Em momentos como esse, a sociedade pode perceber a importância da APS e dos cuidados primários em saúde, incluindo as ações de educação, promoção e comunicação em saúde. Ao mesmo tempo, denota a necessidade de ampliar o investimento na estratégia saúde da família, nos NASF-AB e no SUS de forma abrangente, além de ressaltar o quanto fundamental são a ciência e tecnologia para a humanidade (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Precarização do Sistema Único de Saúde e o contexto de pandemia: a ausência do NASF-AB no processo de trabalho em uma Clínica da Família inserida em um território vulnerabilizado

Andreza da Silva Lopes

A partir do processo de trabalho, conforme afirma Marx (2013), o homem conduz, regula e controla a sua relação com a natureza a fim de obter produtos previamente idealizados. Contudo, sob a égide do capital, o trabalho torna-se um elemento alienado ao homem à medida que ele não mais se reconhece no produto de sua atividade, que até então era configurado como valor de uso e passou a ser utilizado como valor de troca, e tem as suas forças produtivas exploradas para a acumulação de mais-valia ou mais-valor².

Marx (2013) sinaliza que, pela primeira vez na história, a pobreza crescia na mesma proporção em que se desenvolvia a capacidade social de produzir riquezas. Ou seja, a pobreza não mais estava ligada à escassez, mas à apropriação privada da riqueza produzida socialmente.

Com a onda industrializante³ na Europa Ocidental, a partir do século XIX, e os impactos causados, foi cunhada a expressão “questão social” para referenciar o pauperismo, e os seus efeitos sociopolíticos. Netto (2001), pautado em Marx, afirma que a “questão social” é um componente fundamental para o desenvolvimento do capitalismo que se sustenta por intermédio da exploração enquanto elemento peculiar da relação entre trabalho e capital. Ao gerar antagonismos e contradições na sociedade, além de novas expressões da “questão social”, o capitalismo cria condições cruéis para a sua permanente manutenção.

Ao mesmo tempo em que o sistema capitalista se desenvolve, é identificada a movimentação acerca das políticas sociais atrelada à constituição da sociedade burguesa. Elas ganham força por meio do reconhecimento das expressões da “questão social” numa relação intrínseca ao modo de produção capitalista, somada ao papel político e revolucionário que os trabalhadores assumem com o intuito de reivindicação de direitos, conforme Behring estabelece em seu artigo “Fundamentos de Política Social”, de 2006.

² É, portanto, o lucro obtido entre o valor pago ao trabalhador pela utilização de sua força de trabalho e o valor gerado pelo trabalho a partir da alta produtividade em um curto espaço de tempo, segundo Marx (2013).

³ É a partir deste novo cenário que “a luta de classes irrompe contundente em todas as suas formas, expondo a questão social: a luta dos trabalhadores com greves e manifestações em torno da jornada de trabalho e também sobre o valor da força de trabalho” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 54).

Assim, a luta dos trabalhadores e as respostas fornecidas pelas classes e pelo Estado são consideradas as primeiras expressões que direcionaram as ricas e múltiplas determinações acerca da “questão social” (*op. cit.*, p. 55). Behring e Boschetti (2011) indicam que a desigualdade e a exploração passaram a ser tratadas pelo Estado e pelo direito formal. Nesta direção, o estabelecimento da jornada de trabalho⁴ foi resultante da luta entre capitalista e trabalhador.

Importante destacar que a predominância do liberalismo – entre meados do século XIX à terceira década do século XX -, reforçando o trabalho como mercadoria e a sua regulação pelo livre mercado, busca justificar a “mão invisível” que conduz as relações sociais e econômicas, e que diz ser produtora do bem comum (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Com este panorama, os encaminhamentos dados à “questão social” no final do século XIX foram pautados pela repressão e apenas algumas das demandas dos trabalhadores foram transformadas em leis que repercutiram em melhorias incipientes e parciais para essa classe, conforme Behring (2006) e Behring e Boschetti (2011).

Behring e Boschetti (2011) trazem a perspectiva de que não houve uma ruptura entre o Estado liberal do século XIX e o Estado social capitalista do século XX. E sim, uma atenuação dos princípios liberais e uma incorporação de princípios socialdemocratas orientada pela mobilização e organização da classe trabalhadora. Ainda assim há de se evidenciar que os direitos foram reconhecidos sem colocar em xeque as bases do capitalismo.

Os direitos sociais no Brasil foram resultados da luta de classes, expressando a correlação de forças existente. De um lado representando a reivindicação da classe trabalhadora e, de outro, a busca pela legitimidade por parte das classes dominantes no que se refere aos direitos políticos e civis, como apontam Behring e Boschetti (2011).

É imprescindível pontuar que, segundo Behring e Boschetti (2011), as lutas em defesa dos direitos de cidadania sofreram com os reflexos do escravismo e da informalidade. Desta maneira, medidas de repressão e assistência foram utilizadas como forma de conter a organização e a força dos trabalhadores, além de manter a primazia das classes dominantes (*op. cit.*, p. 136).

Ao final da década de 1980 a economia do país foi marcada pela crise estrutural do capital e pelo início da reestruturação produtiva com movimentos de redução de custos

⁴ A legislação fabril, que reconheceu a jornada de trabalho de 10 horas, pode ser compreendida como precursora da função estatal na relação entre as classes e os direitos sociais no século XX, conforme pontuam Behring e Boschetti (2011).

embasados pela terceirização da mão de obra e substituição do trabalho humano pelo tecnológico (ANTUNES, 2004). Os anos de 1980 são conhecidos como a década perdida do ponto de vista do cenário econômico (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Esta mesma época foi marcada por conquistas democráticas em razão das lutas sociais e da promulgação da Constituição Federal de 1988, que cunhou o processo de redemocratização do Brasil por meio de políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática (*op. cit.*, p. 144).

A Constituição Federal reconhece a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), evidenciando o caráter de universalização do sistema. A partir deste reconhecimento, a saúde passou a ser entendida numa relação entre as condições de vida e de trabalho da população (BRAVO, 1996; 2000, *apud* BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Em meados dos anos de 1990, o cenário propício de afirmação da reestruturação produtiva e do projeto neoliberal se solidificou e passaram a ser recorrentes alterações no mundo do trabalho, dentre elas: a terceirização, instabilidade, a precarização do trabalho e do salário, a contratação temporária e a redução dos direitos sociais (ANTUNES, 2004).

No que tange ao neoliberalismo, Nogueira (2019) afirma que a expressão política e econômica da reestruturação produtiva

fundamenta propostas políticas e a atuação do Estado (em seu sentido restrito) baseadas na exaltação do mercado, no favorecimento dos monopólios e nos ataques aos trabalhadores, restringindo e retirando direitos sociais. (*op. cit.*, p. 311).

Essas alterações impactaram os diversos setores do mercado de trabalho com distintos graus de intensidade e no campo da saúde não foi diferente. Embora a saúde seja um direito reconhecido no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal e da implementação do SUS, como um sistema de saúde gratuito e universal resultante da mobilização popular, o interesse da iniciativa privada neste espaço está cada vez mais evidente.

Especificamente no âmbito da APS, tem sido recorrente o uso de diversos ataques para o seu desmonte (NOGUEIRA, 2019) sob a justificativa implícita de tentativa de privatização do setor público manifestados pelo interesse comum do capital financeiro e das organizações internacionais de se espriarem por campos considerados lucrativos (SIQUEIRA, 2004, p. 149).

Os efeitos oriundos do cenário de desregulamentação dos direitos trabalhistas e da precarização do trabalho na APS atinge a todos os trabalhadores, contudo, seus efeitos possuem níveis de intensidade diversos, pois também são determinados pelas questões de gênero, classe, escolaridade, formação profissional, inserção no mercado e no mundo do trabalho (NOGUEIRA, 2019, p. 312).

Além disso, a orientação gerencialista⁵ no âmbito do SUS reforça necessidade de pactuar metas e responder aos indicadores em um curto prazo de tempo, atrelando o financiamento do serviço ao número de metas atingidas, dentre outros. Como consequência, tem-se o acirramento da competitividade entre os profissionais, a alta rotatividade, relação hierárquica no trabalho em equipe, o não reconhecimento na sua atividade e nas suas relações de trabalho.

Alguns dos ataques mais recentes à política de saúde configurados como propostas de desmonte do funcionamento dos serviços são a Emenda Constitucional (EC) nº. 95, a PNAB, de 2017 e o Decreto nº. 10.530, de outubro de 2020.

Em 15 de dezembro de 2016 foi instituída a EC 95⁶ como medida de redução do teto orçamentário previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA). Conhecida como a “PEC da morte”, instituiu o congelamento dos gastos públicos, inclusive na área da saúde, por 20 anos de acordo com a variação inflacionária. Tal medida significa o “retrocesso na garantia de direito fundamental”, uma vez que o SUS deixará de ser subfinanciado para ser desfinanciado, segundo Santos e Funcia (2019).

Por sua vez, Morosini *et al* (2020) indicam que a nova PNAB configura-se como uma limitação da expansão da Saúde da Família e do sistema público em grande parte pelo fato dela modificar os elementos indutores e propositivos da política para sugestões e recomendações.

A PNAB atual vai ao encontro das medidas neoliberais de ajuste fiscal que impactam as políticas sociais e os trabalhadores, propõe reconfiguração das equipes que atuam neste nível de atenção, flexibilização dos vínculos empregatícios e das cargas horárias de trabalho. A atenção primária à saúde no Brasil, através da PNAB se afasta do sentido de Atenção Primária como reorientadora do modelo de atenção com vistas ao planejamento de política social cujas bases deveriam fundamentar-se na determinação social do processo saúde e doença. (NOGUEIRA, 2018, p. 6).

⁵ O gerencialismo, nesta perspectiva, corresponde à introdução de elementos da gestão empresarial da esfera privada na esfera pública com a justificativa de “modernização” da gestão nestes espaços. De acordo com Silva *et al* (2016), uma das mudanças no setor saúde foi a entrada das Organizações Sociais, entidades do terceiro setor que prestam serviços por contratos de gestão pactuados com a administração pública direta com o estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançados.

⁶ O Conselho Nacional de Saúde (CNS) indicou que em 2019 houve uma perda significativa de investimento na área da saúde correspondente a 20 bilhões de reais em decorrência da EC, o que resultou na desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União. (BRASIL, 2020).

Em consonância a esta portaria, também há a Nota Técnica nº. 3/2020, do Ministério da Saúde, informando que o financiamento de custeio da APS pode ser utilizado pelo gestor municipal para a formação das equipes multiprofissionais, em específico do NASF-AB, em formato livre de acordo com a necessidade. Este posicionamento reverbera um horizonte de escassez do NASF-AB e do rompimento com os princípios, diretrizes e atribuições iniciais da ESF.

Estas e outras medidas⁷ geram inúmeras incertezas entre os profissionais de saúde, em específico os da ESF, e impactam negativamente o processo de trabalho, principalmente frente à pandemia que o Brasil tem enfrentado desde março de 2020 sem perspectiva alguma de melhora.

A pandemia evidenciou não só a fragilidade que a APS vem sofrendo como também intensificou os níveis de desigualdade presentes no país, impactando de diferentes maneiras as parcelas da população. Araújo *et al* (2020) afirmam que a pobreza é um dos mais importantes determinantes de doença e mortalidade, uma vez que o ciclo e as características de transmissão do vírus, o acesso aos insumos, cuidados e serviços, os desfechos dos casos e as chances de sobreviver são muito discrepantes em comparação aos estratos sociais privilegiados.

Esta é uma realidade que varia de acordo com as especificidades territoriais, condições de infraestrutura e de saneamento básico, renda, o acesso à alimentação, dentre outras questões que acirram o processo de vulnerabilização. Frente a este contexto, a ESF ocupa um lugar central:

Além de reduzir a pressão sobre os hospitais e melhorar a vigilância em saúde, os profissionais conhecem os grupos populacionais do território e possuem um vínculo mais próximo com os moradores, podendo propor medidas eficazes de prevenção. Ademais, essa atuação pressupõe abordar problemas relacionados com a precarização da vida social e econômica que se acentuaram com a pandemia, tais como sofrimentos psíquicos, violências – sobretudo doméstica –, agudização de casos crônicos etc. (ARAÚJO *et al.*, 2020).

⁷ O Decreto nº 10.530, de outubro de 2020, foi um dos mecanismos mais recentes para o espraiamento do mercado privado na Atenção Primária à Saúde, por meio do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República (PPI). Entretanto, a forte manifestação por parte da população nas redes sociais gerou inquietação e pressionou a revogação do documento dois dias após a sua publicação. Há também a proposta de transferência dos programas de residência em saúde do Ministério da Educação para o Ministério da Saúde com alterações no financiamento, prioridades de formação em determinadas especialidades, além de outros pontos que influenciarão a qualificação e o mercado de trabalho na área da saúde (BRASIL, 2020).

Os reflexos provenientes da ausência do NASF-AB no processo de trabalho da unidade de saúde foram exacerbados no contexto pandêmico, pois houve um aumento significativo dos casos de violências, de sofrimento psíquico e demais cenários de vulnerabilização social, da busca por acesso aos benefícios sociais e demais questões que perpassam o processo saúde-doença. Cabe destacar que o CAB nº 39, de 2014, se refere ao NASF-AB como

equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas. (BRASIL, 2014a, p. 17).

Ainda neste sentido, essas equipes são orientadas pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial⁸ que seria de extrema importância para o desenvolvimento de ações diante da pandemia, posto que os profissionais do NASF-AB⁹ preconizam as necessidades das pessoas a partir dos contextos sociais, propondo a articulação multiprofissional a fim de orientar uma atenção integral e longitudinal com base nas especificidades territoriais.

De acordo com a Norma Técnica nº. 01/2020 da Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde (SGAIS), do Rio de Janeiro, algumas das recomendações colocadas às equipes do NASF-AB para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus dizem respeito a/ao: identificação das fragilidades e potencialidades territoriais que possam causar algum tipo de repercussão à população nesse novo contexto; identificação e articulação com os equipamentos sociais com o objetivo de

⁸ Para Santos *et al* (2017), o apoio matricial significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensada a partir da necessidade de ampliar o escopo de atuação da ESF, trazendo uma equipe multiprofissional que vai prestar assistência e cuidados em saúde no território, de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos. O apoio matricial do NASF-AB para ESF se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS.

⁹ Sugestão de profissionais para a composição do NASF-AB, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº. 39: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2014, p. 17).

desenvolver ações de suporte comunitário e de fortalecer as redes de apoio social; apoio às equipes de Saúde da Família na avaliação e monitoramento de grupos vulneráveis e de risco ao coronavírus seja por situação de saúde e/ou de vulnerabilização social para articular as iniciativas comunitárias e os setores de políticas públicas; auxílio aos colegas da equipe para o apoio, escuta e divisão do trabalho a fim de mitigar os impactos da alta demanda e promover a coesão no trabalho em equipe; e utilização de recursos digitais e mídias sociais para a produção de materiais com orientações, recomendações e incentivo aos usuários à realização de práticas de saúde e cuidado integral na pandemia.

A Clínica da Família em questão, inserida em uma região vulnerabilizada da zona norte do município do Rio de Janeiro, é atravessada pelos diversos tipos de violência, pela pobreza, pela falta de saneamento básico e infraestrutura para moradias. Além destas questões, há ainda as medidas coercitivas e repressivas que o Estado implementa nas favelas da região causando reflexos negativos na vida cotidiana daqueles que vivem no território.

Todas essas questões se expressam como demandas decorrentes do desvelamento das queixas iniciais apresentadas pelos usuários nos atendimentos nas unidades de saúde da família. Assim, as recomendações estabelecidas pela Norma Técnica supracitada são fragilizadas na medida em que as equipes do NASF-AB estão sendo desfeitas e sofrendo cortes brutais de financiamento.

Em suma, a ausência do NASF-AB e a falta de ampliação das equipes de Saúde da Família, a partir das novas medidas impostas pela PNAB 2017, impacta a falta de uma série de ações e de discussões no processo de trabalho que partem do entendimento do conceito ampliado de saúde, da construção societária e do contexto social como peças-chave para a influência dos determinantes e condicionantes de saúde, e de alterações políticas que direcionam o leque de possibilidades ofertado na unidade de saúde. A atual conjuntura pandêmica reverbera a necessidade e reforça a importância da composição ampliada do NASF-AB como apoio ao trabalho multiprofissional preconizado pela Estratégia de Saúde da Família.

Desafios na promoção da segurança alimentar e nutricional no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Camila Santos Robles

A alimentação, considerada como um dos fatores determinantes e condicionantes de saúde, foi assegurada no país como um direito básico a partir da Emenda Constitucional 64/2010, especificamente no artigo 6º da Constituição Federal. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é indispensável para a sobrevivência, e sem o qual não podem ser discutidos ou concretizados outros direitos (VALENTE, 2002).

No Brasil, a temática de alimentação e nutrição tem sido debatida de diversas formas e visões. No que diz respeito às políticas públicas sociais, ganhou notoriedade a partir de estudos de Josué de Castro, que afirmava que o problema da fome e da má alimentação e nutrição era um fenômeno social (ALVES *et al.*, 2014; BRASIL, 1990). Assim, o DHAA se baseia no direito de estar livre da fome e má nutrição, mas também no direito à alimentação adequada, levando em consideração fatores como disponibilidade, adequação, acesso físico e econômico e estabilidade da alimentação (LEAO, RECINE, 2011). Para a garantia desse direito é necessária a criação de políticas e estratégias que visem a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), podendo esta ser entendida como

(...) a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006b, Art. 3).

O conceito foi afirmado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), um marco que ocasionou grande progresso ao criar o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Além de instituir a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), que tem como objetivo geral “promover a segurança alimentar e nutricional, (...) bem como assegurar o direito humano à alimentação adequada em todo território nacional” (BRASIL, 2010a).

A defesa do DHAA está relacionada à dignidade humana, à justiça social e concretização de outros direitos, que se referem ao acesso às terras para produção de alimentos, a saúde, ao meio ambiente, à educação, renda e cultura, e apesar de dispor de

uma política norteadora, demonstra a necessidade de articular com as demais políticas e programas sociais, com abordagem intersetorial (ABRANDH, 2013).

Ao abordar esses marcos é necessário referenciar o papel relevante do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), lócus institucional de diálogo do Governo com a sociedade civil, participando da formulação e avaliação das políticas públicas que envolvem a SAN. O conselho, por meio de sua participação nas políticas públicas, contribuiu significativamente para a elaboração do Programa de Aquisição de Alimentos, da Política Nacional de Alimentação Escolar e do Plano Safra da Agricultura Familiar, entre outros. Importante destacar que esse movimento realizado pelo CONSEA nas políticas supracitadas resultou na saída do Brasil do Mapa da Fome em 2014 (ESTADÃO, 2020).

Porém, a partir do ano de 2016 o cenário político da época trouxe diversos cortes orçamentários já indicando possíveis retrocessos nas conquistas adquiridas nos anos anteriores. Tal quadro poderia causar um agravamento da insegurança alimentar e nutricional de grande parte da população brasileira, que pode ser compreendida como a falta de acesso a uma alimentação adequada, condicionada, predominantemente as questões de renda (BEZERRA, 2019; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

O previsto foi confirmado, e de acordo com dados do IBGE referente a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) durante os anos de 2017 a 2018, os graus de insegurança alimentar apontaram um quadro alarmante como indica o instrumento da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Tais graus de insegurança são considerados: 1- leve, quando ocorre a preocupação ou incerteza com acesso aos alimentos no futuro e a qualidade da alimentação já está comprometida; 2- moderada, quando há redução na quantidade de alimentos da família e; 3- grave, quando os moradores passam por séria privação na alimentação, podendo chegar à fome.

Assim, os dados do IBGE mostraram que 24% da amostra apresentavam grau leve, 8,1% apresentavam grau moderado e 4,6% apresentavam ser grave a insegurança alimentar. Portanto, dos 68,9 milhões de domicílios brasileiros, 36,7% da população tiveram algum grau de insegurança alimentar, representando 84,9 milhões de moradores.

Ainda nesta perspectiva, dados recentes sobre a situação alimentar no Brasil mostram que 63% dos adultos acompanhados na APS apresentam excesso de peso, caracterizando um cenário alarmante para o país ao relacionar-se com os dados publicizados pelo IBGE, demonstrando as diversas cargas da má nutrição (BRASIL, 2020c).

Portanto, os números corroboram o impacto do desmonte das políticas públicas sociais no Brasil pertinentes à temática. Outro agravante diz respeito à Medida Provisória número 870 de 2019, publicada pelo atual governo federal, que leva à extinção do CONSEA e fragiliza o funcionamento do SISAN. Além de comprometer ainda mais a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e representar um ataque ao espaço de participação da sociedade civil na formulação, execução e monitoramento das políticas de segurança alimentar e nutricional (CASTRO, 2019).

Com o panorama desfavorável e de incertezas, muitas famílias que já vinham sendo impactadas pelas ações de desaceleração do crescimento econômico, devido às políticas de austeridade fiscal adotadas pelo governo Temer e o atual governo, se encontravam em situação de vulnerabilização social por conta da informalidade do trabalho, má condição de moradia e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essas pessoas, que já conviviam com o problema da insegurança alimentar e nutricional, tiveram suas condições de vida mais agravadas pela pandemia do COVID-19, trazendo à tona a pauta da fome novamente, demonstrando que os impactos das medidas de prevenção da infecção do vírus Sars-COV-2 serão sentidos de maneiras distintas a depender da raça, classe e gênero (ESTRELA et al., 2020).

No que diz respeito a SAN no contexto da pandemia, foram afetadas dimensões alimentares e nutricionais, que estão relacionadas respectivamente com os processos de disponibilidade, considerando a produção, comercialização e acesso ao alimento e também a respeito da escolha, preparo e ao consumo alimentar e sua relação com a saúde e utilização biológica do alimento. Em relação a dimensão alimentar pode-se citar que as medidas preventivas de distanciamento e isolamento social geraram dificuldades na oferta suficiente de alimentos *in natura* e minimamente processados, sobretudo os oriundos da agricultura familiar, que tiveram seus locais de comercialização suspensos ou reduzidos, além de considerar o obstáculo do acesso físico e econômico principalmente das famílias de baixa renda (RIBEIRO-SILVA et al., 2020).

Juntamente com a dimensão nutricional, a população de baixa renda e com precárias condições de vida, incluindo falta de água e saneamento básico, o cenário pode-se agravar, devido a limitação da utilização biológica dos nutrientes, tendo em risco a má nutrição, principalmente a ocorrência de desnutrição e a carência de micronutrientes. Além, de considerar a falta de consumo de alimentos frescos, o crescente aumento do consumo dos ultraprocessados, devido ao preço, rendimento e facilidade de acesso é um

fator de alerta para a população, em especial os indivíduos com obesidade (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020, TATSCH, 2020).

Como forma de mitigar os possíveis impactos sobre a renda da população mais vulnerável, o Governo Federal criou ações como o auxílio emergencial, que estabelece medidas de proteção social para trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados, além dos já beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e de Prestação Continuada, que tiveram antecipação do auxílio para as pessoas que o requereram. Porém, trabalhadores que não estão inseridos no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal não foram englobados, assim como os agricultores familiares, o que pode aumentar a situação de insegurança alimentar e nutricional e coloca em perigo o abastecimento alimentar (ALPINO *et al.*, 2020).

Assim, diante de tantos avanços e retrocessos nas questões relacionadas à SAN, deve-se destacar o papel da nutrição para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Básica, especificamente na atuação referente à ESF. Com a criação dos NASF-AB, que tem como objetivo qualificar e ampliar a abrangência e resolutividade das ações disponíveis na atenção primária, o papel do nutricionista dentro da estratégia é essencial para conduzir a organização da atenção nutricional nos serviços públicos de saúde (JAIME *et al.*, 2011).

Para atender as demandas geradas pelos problemas relacionados à má alimentação da população, se faz necessário conhecer e identificar os determinantes e condicionantes da atual situação alimentar do território de atuação, tendo em vista que a atenção nutricional tem como sujeitos: os indivíduos, a família e a comunidade. Por essa característica de capilaridade e capacidade na identificação das necessidades de saúde da população adscrita, a atenção nutricional deve ser integrante do cuidado integral na RAS, tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, em razão de ter um contato mais próximo com os usuários, possibilitando uma abordagem sobre as questões práticas da vida cotidiana, configurando-se um potente espaço para abordar as questões de SAN (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, ao se constituir como um local de fácil reconhecimento do panorama alimentar dos indivíduos, o processo de trabalho na APS deve inserir práticas que promovam a garantia da segurança alimentar e nutricional. Para essa identificação, é necessário ações de vigilância alimentar e nutricional, que auxiliem gestores e profissionais da unidade na garantia do cuidado integral à saúde, e contribuam para as estratégias de prevenção e tratamento dos agravos mediante o desenvolvimento de ações

de promoção à saúde e segurança alimentar e nutricional. Um exemplo que pode ser citado é o acompanhamento da vigência do PBF, o qual permite avaliar o estado nutricional e padrão do consumo alimentar dos usuários beneficiários periodicamente (BRASIL, 2015, ENSP, 2014).

Concomitante com as ações de vigilância alimentar e nutricional, deve-se citar a promoção da alimentação adequada e saudável, que é entendida como um conjunto de estratégias que possibilitam aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares que condizem com seus aspectos biológicos, socioculturais e ambientais (BOTELHO, FRANÇA, 2018). Inserida como estratégia para a promoção da alimentação adequada e saudável, a educação alimentar e nutricional se configura como um campo de atuação para promoção da SAN na APS, colaborando para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e carências nutricionais por meio de uma abordagem integrada dos profissionais. Desta forma, suas ações necessitam de articulações intra e intersectoriais, o que relaciona a saúde com educação, assistência social, cultura, e demais equipamentos sociais do território, e pode ser realizada em todas as fases do ciclo da vida, seja no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 2012b, BORTOLINI *et al.*, 2020).

Ainda no que se refere às ações relacionadas a questões de insegurança alimentar e nutricional dentro do cuidado da APS, a participação do nutricionista no NASF-AB proporciona a realização de consultas individuais e/ou compartilhadas. Tal ação possibilita o diagnóstico e cuidado nutricional, com as cabíveis orientações dietéticas para resolução dos agravos, como é o exemplo dos programas de HiperDia¹⁰ para usuários com diabetes e hipertensão. Além disso, a formação de uma equipe multidisciplinar propõe prestar assistência e cuidado de forma interdisciplinar, o que incrementa o potencial de integralidade e resolutividade das demandas, visto que a magnitude desse problema não é apenas nutricional (JUNQUEIRA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Estudos que analisam questões relacionadas ao processo de trabalho como o de Brandão *et al* (2020), que diz respeito a disponibilidade e adequação das ações referente ao cuidado da obesidade, relatam alguns pontos de destaque como vigilância alimentar e nutricional; coordenação do cuidado e assistência e ações de promoção e educação em

¹⁰ De acordo com o DATASUS (2002), o Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

saúde. Também mencionam que a disponibilidade de estrutura, o que inclui equipamentos, materiais e insumos, nas unidades básicas de saúde, consegue atender as demandas de cuidado à obesidade.

Porém, no que tange a adequação dos processos de trabalho relacionados às ações de cuidado recomendadas pelos instrumentos técnicos, a mesma se encontra em descompasso com a disponibilidade de estrutura. Assim, deve-se levar em conta pontos como vínculo empregatício, remuneração dos profissionais, oportunidades de qualificação no serviço e fora dele, adequação do tamanho das equipes proporcional às demandas, entre outros quesitos que podem afetar o processo de trabalho e consequentemente a oferta de cuidado.

Segundo o estudo de Pedraza *et al* (2016) pertinente ao processo de trabalho voltada para as ações de alimentação e nutrição na ESF, fica evidente que a ausência do profissional de nutrição no desenvolvimento das demandas relacionadas a má alimentação, juntamente com os demais integrantes de uma equipe multidisciplinar, traz prejuízos no processo de trabalho de unidades de saúde. Contudo, medidas recentes como alterações no modelo de financiamento da atenção primária, com o fim do Piso de Atenção Básica Variável e do custeio do NASF-AB, e mudanças na composição das equipes, com o fim da obrigatoriedade de equipes multidisciplinares vinculadas ao modelo do NASF-AB trazem ameaças no cuidado integral e longitudinal que a atenção básica preconiza (RADIS, 2020a).

Por fim, este capítulo busca a reflexão sobre os desafios que englobam o processo de trabalho na atenção primária à saúde e repercutem na promoção de segurança alimentar e nutricional. Os problemas relacionados à má alimentação e nutrição, que vão da fome à obesidade, trazem grandes impactos aos serviços da atenção primária.

Com a pandemia, a situação da insegurança alimentar e nutricional se ampliou e não se sabe quais serão as consequências pós COVID-19. A partir do contexto de precarização das políticas públicas sociais, principalmente do SUS, os rebatimentos sofridos na atenção básica serão intensificados e isto acarretará no aumento da demanda de atendimentos relacionados a multicausalidade da má alimentação. Consequentemente, resultará no atendimento parcial da desnutrição, de carências nutricionais e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de uma parte da população que vem sendo fortemente prejudicada ao longo dos anos e que, infelizmente, não há ferramentas sólidas para tratar a base deste cenário que é conjuntural (BRASIL, 2020d, RECINE *et al*, 2020).

É necessário que ocorra qualificação dos gestores e dos trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltados à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional. A equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar é uma importante ferramenta, tanto para a qualificação de gestores e profissionais, como para a prestação do cuidado. Considerando a APS o modelo de atenção responsável pela resposta à maior parte dos problemas de saúde das pessoas, o processo de trabalho pode ser afetado se mudanças estruturais não ocorrerem.

*As diferentes faces do cuidado no processo de trabalho em saúde:
Ferramentas para o cuidado integral na Estratégia de Saúde da Família*

Paulo Rogério Nunes Barbosa

Ao analisar o conceito de “cuidado”, sua discussão é de extrema importância já que sem o mesmo não haveria a existência dos serviços de saúde. Essa palavra pode ser entendida por meio de algumas compreensões que se relacionam e vêm sendo discutidas por vários autores ao longo dos anos.

A partir de uma visão filosófica, Boff (1999) traz a discussão de que o cuidado é considerado um modo de ser existente no mundo que funda as relações que o ser humano estabelece com qualquer coisa. Esse autor acredita que o cuidado é necessário em todas as fases da vida, visto que esse é um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa se estrutura e se relaciona no mundo com os outros.

Waldow e Borges (2011) refletem sobre a questão do cuidado pautado no olhar humanizado¹, já que isso possibilita qualificar melhor o cuidado. Esse é abordado como um conjunto de atos, comportamentos e atitudes do ser humano e a forma de cuidar irá depender da situação e na forma como esse ser se relaciona com o contexto e o sujeito alvo da questão.

Cecílio e Merhy (2003) analisam o cuidado na área da saúde, e especificamente no contexto hospitalar, justificam que esse cuidado tem uma ação multidisciplinar, isto é, dependendo de vários profissionais. Assim é compreendido como o conjunto de um grande número de pequenos cuidados que vão sendo realizados e complementados por vários cuidadores.

Dessa forma, o cuidado em saúde pode apresentar-se categoricamente em três níveis como dito por Merhy (1998): “leve” que aborda as tecnologias das relações (como o acolhimento e o vínculo), “leve-dura” que compreende os conhecimentos estruturados e a “dura” que está relacionada ao uso de equipamentos tecnológicos.

A ESF retrata uma mudança nas práticas de saúde, que buscou o rompimento da prestação de cuidado médico-centrada e passou a operar em uma produção de cuidado

¹A humanização é vista como um importante dispositivo de sociabilização e integração nos serviços de saúde, tendo como um dos principais objetivos promover uma melhor assistência para os usuários e melhores condições para os trabalhadores. Assim, sua ideia é considerada como um processo relacional: antes de alcançar os usuários deve promover boas relações no ambiente de trabalho (RAMOS *et al.*, 2018).

por meio de uma equipe multiprofissional, pautada nas necessidades da população e do território (ASSIS *et al.*, 2010). Portanto o cuidado em saúde na ESF tem uma mudança de foco voltada para a atenção do usuário, da família e o seu habitat, com ações promocionais, preventivas e reabilitadoras (VIEGAS; SOARES, 2005). A instituição dessa equipe multiprofissional e dos princípios e diretrizes da Atenção Básica contidos na Política Nacional de Atenção Básica visam uma reorganização do processo de trabalho com base na integralidade do cuidado ao usuário (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o processo de trabalho em saúde está intimamente interligado ao cuidado em saúde, visto que tanto a dinâmica dos aspectos estruturais quanto a dos aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação de Atenção à Saúde configuram esse processo de trabalho.

Ao ser analisada a dimensão organizacional do cuidado em saúde, coloca-se em foco aquilo que é realizado nos serviços de unidade, por meio da divisão técnica e social do trabalho. Assim, a organização do processo de trabalho fica como elemento central, seguido de outros elementos como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, a função gerencial, etc. Portanto, a definição de fluxos de atendimento, a adoção de agendas, protocolos, reuniões de equipe, ferramentas de planejamento ganham um destaque maior (CECILIO, 2011).

Essa estruturação do processo de trabalho em saúde se comunica com as RAS, buscando a Atenção à Saúde por meio da ampliação do acesso aos serviços para os usuários e a longitudinalidade do cuidado, visando o alcance da integralidade. Damesceno *et al* (2020, p. 3) define as RAS como:

[...] os serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença, pautados em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado, melhorar o acesso, a equidade, bem como a eficácia proposta no Sistema Único de Saúde.

Para Silva e Senna (2007), essa integralidade na Atenção à Saúde é estabelecida como um dos princípios que compõem o SUS, orientando as políticas e ações existentes no campo da Atenção Básica. Tudo isso é baseado de acordo com as demandas e necessidades da população que acessa a rede de cuidados em saúde, sendo considerado os diferentes eixos do processo saúde-doença e as dimensões biológica, cultural e social do indivíduo.

Sendo assim, para o cuidado integral do usuário, é necessário não somente a realização de ações com base nas necessidades de cada sujeito, mas também da articulação de todos os profissionais de diferentes pontos da RAS.

Sobre a expressão da integralidade nas práticas dos profissionais de saúde, podemos analisar que:

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. A ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer (MATTOS, 2006, p. 59).

Em relação ao processo de trabalho em saúde, Merhy (1997, 2002) acredita que este depende do “trabalho vivo em ato”, no qual só acontece no momento do trabalho em si, pela interação dos encontros dos profissionais e usuários envolvidos. Dessa forma, esse processo de trabalho em saúde tem uma potência de direcionar a capacidade no sentido de gerar mudanças na produção do cuidado em saúde (ASSIS *et al.*, 2010).

Essa produção do cuidado pode ser realizada por vários dispositivos existentes no campo da saúde. De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização (2010) entende-se por dispositivo como “um arranjo de elementos, que podem ser concretos e/ou imateriais mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo” (BRASIL, 2010b, p. 17). Alguns desses dispositivos são: vínculo e a responsabilização, Educação Permanente em Saúde (EPS) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O vínculo e a responsabilização estão inseridos no grupo das tecnologias leves e são considerados grandes dispositivos para a produção do cuidado em saúde. Mediante uma escuta qualificada do usuário por um profissional acolhedor e resolutivo, ocorre a construção do vínculo entre o usuário e os serviços de saúde permitindo que os profissionais o conheçam melhor assim como suas necessidades. Já a responsabilização pelos problemas de saúde enfatiza a importância de os usuários estarem também envolvidos na produção do cuidado, não restringindo esse processo à equipe saúde da família (GRABOIS, 2011).

Para qualificar os profissionais de saúde à essa nova conformação do processo de trabalho para um cuidado integral, a Educação Permanente em Saúde torna-se um dispositivo imprescindível. Essa pode impactar na melhoria dos processos de cuidado em saúde por meio de mudanças de práticas de Atenção à Saúde nos serviços. A EPS pode ser entendida como, [...] aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e

leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005a).

Existe também o PTS que consiste em uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações conjuntas e coletivas construídas por uma equipe multidisciplinar, a partir das necessidades individuais de cada usuário (BAPTISTA *et al.*, 2020). Para Lima e Andrade (2020) o PTS busca a elaboração de propostas articuladas com base nas singularidades de cada indivíduo, no contexto social existente e nas relações sociais. Assim, todos os dispositivos discutidos neste texto se caracterizam como importantes ferramentas para garantia da produção do cuidado.

Não há dúvidas sobre a Atenção Primária à Saúde ser vista como um dos principais níveis para receber os usuários na RAS, garantindo a universalização do acesso à saúde. Para fortalecer tal afirmativa, Starfield (2002), demonstra que a APS apresenta vários atributos sendo esses a integralidade, a centralização na família, a coordenação e continuidade do cuidado, longitudinalidade, e a orientação comunitária. Essas características permitem que a APS seja um nível assistencial que se diferencia das demais, sendo a longitudinalidade considerada como elemento central e exclusivo para o cuidado em saúde na APS que será discutido a seguir.

A longitudinalidade do cuidado como atributo central da APS

Por ser uma característica central do cuidado em saúde na APS, é necessário fazer uma análise dos atributos longitudinalidade e continuidade do cuidado. Embora muitos autores acreditem que esses elementos sejam utilizados como significados semelhantes, Starfield (2002) deixa claro que esses termos são diferentes.

Para Cunha e Giovanella (2011) a longitudinalidade trata do acompanhamento do usuário ao longo do tempo por médico ou equipe da APS, para os diversos momentos de doença ou cuidados preventivos. Por sua vez, a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos que podem ocorrer entre uma consulta e outra, junto com os mecanismos que possam existir para transferir informações que sejam necessárias para a tomada de decisões quanto ao tratamento do usuário, sem se preocupar com a questão do tempo.

Essas autoras apontam para a existência de três dimensões que compõem o atributo da longitudinalidade/vínculo longitudinal. O primeiro seria a identificação de uma fonte regular de cuidados da Atenção Primária, onde se pressupõe que a população deveria reconhecer a unidade básica de saúde como referência para atender as

necessidades de saúde. Já o segundo seria o estabelecimento do vínculo duradouro, no qual significa uma relação interpessoal contínua entre o usuário e as equipes de APS ao longo do tempo. O terceiro elemento seria a continuidade informacional, pautada no acúmulo de conhecimentos e informações do paciente pelos profissionais de saúde.

Sendo assim, o vínculo longitudinal deve ser um atributo que possua prioridade na gestão do processo de trabalho em saúde, na medida que envolve questões de oferta adequada e de qualidade de serviços para os usuários na APS e também envolve ferramentas de trabalho dos profissionais nas unidades de saúde.

Neste sentido, as linhas de cuidado orientadas pela longitudinalidade do cuidado são consideradas como ferramentas estratégicas para o alcance da atenção integral, buscando articular todos os níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2010c). Portanto, é necessário destacar a importância das linhas de cuidado enquanto ordenadoras do processo de trabalho na APS.

As linhas de cuidado como estratégias de organização do processo de trabalho em saúde

Como já discutido, o cuidado em saúde deve ser pautado de forma integral e humanizada. Assim sendo, busca-se a atenção integral por meio da organização em rede do cuidado em saúde. “Cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (MALTA; MERHY, 2010).

Nesse contexto, existem certas ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS, onde destacam-se as linhas de cuidado (BRASIL, 2010d), que podem ser entendidas como

uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. [...] A sua implantação deve ser a partir das unidades da APS que tem a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede (BRASIL, 2010e, p. 18).

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários pautados nas necessidades de saúde de cada um. Elas definem ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes níveis de atenção de uma rede. Essa linha deve possuir como ideia incorporada a questão da integralidade na assistência à

saúde, unificando as ações preventivas, curativas e de reabilitação (FRANCO; FRANCO, 2010)

Linha do Cuidado só cuida de fato do usuário se o os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o Acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e se necessário, fazer um encaminhamento seguro. [...] É necessário que os trabalhadores estabeleçam Vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades (FRANCO; FRANCO, 2010, p. 2).

A nível de gestão, a partir das linhas de cuidado, os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho para facilitar o acesso dos usuários às unidades e serviços que necessitam (PESSÔA *et al.*, 2011). A nível de assistência, as linhas de cuidado servem para estruturar e organizar o processo de trabalho para que suas diretrizes se tornem rotina na prática dos profissionais de saúde. Desta forma, as principais linhas de cuidado estabelecidas pelo Ministério de Saúde na APS são: saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão), gestantes e puérperas, saúde bucal, vacinação, etc.

Assim, cabe ressaltar que a priorização dada pelo plano de contingência municipal para o coronavírus (RIO DE JANEIRO, 2020) somente para as linhas de cuidado referentes às gestantes, tuberculose, pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida, neoplasias e vacinação durante esse momento, impactaram negativamente a Atenção à Saúde aos usuários que são adscritos àquela unidade. Isto foi evidenciado pelo fato de o cuidado em saúde precisar ser reorganizado na tentativa de manter a oferta dos serviços de maneira universal, integral e longitudinal para esses usuários do SUS.

As ferramentas digitais como possibilidade de educação em saúde e suas repercussões no processo de trabalho em saúde na Clínica da Família

Alan de Aquino Nogueira

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são definidas como as tecnologias desenvolvidas para facilitar a comunicação e informação, surgindo em meados da década de 1970 no contexto da Revolução Informacional que ocorreu após a Segunda Guerra Mundial. O grande avanço de tais tecnologias ocorreu a partir da década de 1990, com o objetivo de captar, transmitir e distribuir de forma precisa e rápida as informações, por meio de diversos dispositivos eletrônicos de telecomunicações e pela internet (MATTELART e MATTELART, 2002; CURY e CAPOBIANCO, 2011).

Além da utilização das TIC's como propagadora de informação e comunicação, essas tecnologias foram aliadas para a implementação da Educação à Distância (EaD), revolucionando o setor de educação no mundo. No Brasil, o EaD foi introduzido na década de noventa pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, expandindo, posteriormente, para demais universidades do país, sendo um grande marco para o país, com a implantação de ferramentas digitais (ROSA, 2017). Em 2004, foi implementado o “Programa Brasileiro de Inclusão Digital” que destinou verbas para a democratização das telecomunicações e à implantação do *e-government* e ao inventário das TIC's no âmbito federal (SILVA, 2007).

Na saúde a Lei nº 8080 de 1990 inclui no campo de atuação do SUS, em seu artigo 6º, nas áreas relacionadas a saúde, a promoção do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1990). As TIC têm revolucionado a organização dos serviços de saúde e as formas de prestação da assistência. Kalichman e Ayres (2016) reconhecem essas tecnologias como estratégia de melhoria dos serviços de saúde, por meio da disponibilização e uso da informação de maneira abrangente, precisa e segura.

O uso dessas ferramentas tecnológicas na área da saúde segue o conceito de Saúde Digital, encontrada nas normas regulamentadoras que regem o SUS (BRASIL, 2020e). Saúde Digital compreende o uso de TIC para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para quem precisa. Este conceito também aborda diferentes linhas de saberes científicos, relacionadas aos avanços tecnológicos como as aplicações das redes sociais, inteligência artificial, bem como novos conceitos (BRASIL, 2020e).

Silva *et al* (2010) traz diversos estudos sobre a crescente influências das TIC nas questões da saúde, sinalizando a relevância da Internet nesse campo, com grande número de consumo de informações sobre saúde na rede internet pela sociedade. O autor aponta a internet como valioso recurso ao autocuidado, provendo informação e promovendo interação entre profissionais, cuidadores e usuários.

O uso de dispositivos tecnológicos na comunicação institucional dos serviços de saúde pode atender a diversos objetivos e interesses, podendo ser em canais de comunicação oficiais ou não. A criação de sites institucionais e o uso de mídias sociais administrados pelos serviços públicos de saúde trouxeram para ambientes virtuais, por exemplo, práticas de comunicação que podem dinamizar o fluxo de dados e informações para a tomada de decisão de gestores, para a produção do conhecimento em redes e para ampliar os canais de comunicação com usuários visando à democratização do acesso aos serviços. No entanto, muitas vezes as instituições não utilizam seu potencial interativo, fazendo “uso das mídias sociais com viés predominantemente informacional” (SCROFERNEKER, FALAVIGNA e SILVA, 2015).

Na APS as redes sociais podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na construção de interações mais dialógicas, que abranjam os diferentes componentes do processo saúde-doença-cuidado (BARCELOS, LIMA e AGUIAR, 2020). Os autores avaliaram as páginas e perfis da rede social *Facebook* como plataforma que apresenta maior diversidade, participação de equipes e dos usuários na produção de conteúdo e interações desenvolvidas nesses ambientes.

Outro fator importante na utilização das redes sociais como meio de comunicação, é na sua colaboração para proporcionar aproximação e encontros virtuais entre as pessoas, mantendo vínculos sociais entre elas, aspecto relevante neste momento de pandemia na qual o distanciamento social é essencial para diminuição da propagação do novo coronavírus, oferecendo maior proteção na saúde e vida social das pessoas (AQUINO *et al*, 2020).

Neste período de pandemia, as plataformas digitais ganharam protagonismo na comunicação. Diversos sítios eletrônicos facilitaram a interação social, disponibilizando comunicação por meio de mensagens de texto, áudio e vídeos chamadas.

Para Malavé (2020), essas plataformas também ampliaram e inovaram formas de processos de trabalho como o Home Office, reuniões virtuais, atendimentos remotos, educação em saúde online, ensino remoto, seminários e debates por meio de *lives*. Todas essas “novas” formas de interação exigem contínuo aprendizado, com necessidade de

atualização constante no desenvolvimento do uso competente da leitura e escrita nas práticas sociais contemporâneas, além de novas estratégias de comunicação.

Tais formas de comunicação também foram utilizadas pela unidade de saúde, aproximando seus usuários cadastrados e sociedade no combate à COVID-19 em forma de educação em saúde, promovendo conteúdos importantes para conscientização e prevenção ao vírus Sars-CoV-2.

Um estudo divulgado por Silva (2020) demonstra que o *Facebook* foi a rede social mais utilizada nesse período de pandemia, sendo o Brasil o 4º país com maior número de usuários nesta quarentena, tornando esta plataforma a mais popular do mundo e no Brasil. A plataforma do *Facebook*, além do grande potencial em transmitir e propagar informação e comunicação em saúde, alcança uma enorme gama de usuários apresentando-se como uma excelente opção na aproximação dos usuários e sociedade com as unidades e serviços de saúde (BERNARDES *et al.*, 2019).

A utilização do Facebook como forma de comunicação pela unidade de saúde, também contribuiu diretamente nos fluxos de atendimento dos serviços prestados pela clínica. Foi possível informar quais serviços foram suspensos, que tiveram seus horários alterados, cancelamento de atendimento, novos fluxos, entre outros. Tais ações impactaram diretamente nos fluxos de trabalho da clínica.

Nesta jornada vivenciada pela equipe de residentes, notou-se que diversos profissionais têm dificuldade na utilização dessas ferramentas tecnológicas em prol da melhoria nos processos de trabalho da clínica. Tais discussões se tornam necessárias para melhor entendimento na utilização das TIC por estes trabalhadores. A oferta de qualificação profissional, educação em saúde e atualizações são propostas que podem trazer um melhor entendimento para esses profissionais na utilização dessas tecnologias no sistema de saúde.

A importância da comunicação na promoção da saúde e sua articulação no processo de trabalho em uma unidade de Atenção Primária à Saúde diante da pandemia

Bruno Bernacchi

A comunicação em saúde teve seu início no ano de 1920 como estratégia utilizada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para estimular a adesão de costumes higiênicos pela população com o objetivo de prevenção e controle de epidemias comuns da época. Desde então, confirmou-se sua importância frente aos assuntos pertinentes à saúde e moldaram-se suas funções e aplicabilidades até os dias de hoje (ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M., 2007).

Atualmente, a comunicação em saúde tem como objetivo promover a saúde, prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da população. Ela utiliza de estratégias da comunicação para informar, atualizar, aprimorar e influenciar os conhecimentos individuais e coletivos sobre o cuidado em saúde com o intuito de modificar o comportamento humano em prol do bem-estar social (THOMAS, 2006).

A comunicação em saúde abrange desde os anúncios publicitários sobre formas de cuidado em saúde até a troca de informações entre profissional e paciente. Na APS, ela trabalha permitindo o diálogo, favorecendo a permuta, oportunizando a escuta e promovendo a construção do vínculo. Logo, sua presença é fundamental para a prestação de atendimentos de qualidade e humanização do SUS (ARAÚJO, 2009).

No entanto, a lógica biomédica com estrutura hierárquica vem sendo um dos obstáculos na comunicação da saúde pública. A hierarquia médica no âmbito dos serviços ainda é uma realidade. A fama de detentores do saber afasta o relacionamento entre médicos e usuários e entre eles e equipes multiprofissionais, gerando implicações no processo de trabalho e na qualidade do atendimento, pois há a desqualificação da diversidade de conhecimento. Além disso, foca na resolução pontual de quadros clínicos, ou seja, além de não tratar o paciente de forma humanizada, esta atitude dificulta o processo de trabalho devido à interação fragilizada entre trabalhadores em saúde (ARAÚJO, 2009).

Não somente, a gestão verticalizada e não comunicativa que impõe que determinações superiores devam ser seguidas de forma incontestável, que metas precisem ser cumpridas para avaliação de desempenho, dificulta a implantação de fluxos eficientes

nas unidades e promove a lógica de atendimento ambulatorial na APS. Sendo assim, o processo de trabalho é limitado ao exercício da gestão e como ela se comunica com seus colaboradores (FERREIRA *et al.*, 2013).

A comunicação em saúde também deve ser relacionada com a promoção da saúde da população, pois é a partir dela que os indivíduos obtêm conhecimento sobre as questões de saúde e doença e se tornam capazes de promover mudanças em benefício individual e comunitário (TEIXEIRA, 2004). Seguindo a lógica descrita na Carta de Ottawa reproduzida pela OMS,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, p.1, 1986).

Buss (2009) afirma que as atividades para a promoção da saúde devem envolver indivíduos e famílias de modo que haja influência direta sobre seus estilos de vida com o intuito de melhorar hábitos e atividades prejudiciais à saúde. Ele também reconhece que para haver tal promoção é necessária atuação ampla sobre os determinantes socioculturais e econômicos que influenciam o processo saúde-doença, ou seja, deve haver uma mobilização articulada e conjunta entre os setores da saúde, sociedade e política.

Contudo, muitas vezes, a comunicação em saúde é focada na reprodução e divulgação de campanhas em saúde (ex: Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite) e a transferência de informação para a promoção da saúde é deixada de lado, sendo suprimida por propagandas de indústria e outros departamentos publicitários que possuem interesses no setor (TEIXEIRA; CYRINO, 2003).

Ou seja, o conhecimento não é ofertado de forma ampla e os usuários não possuem entendimento suficiente sobre a rede de serviços do SUS, logo, não têm capacidade de fomentar e articular políticas públicas em prol da sua saúde. Sendo assim, apenas aceitam o que lhes é oferecido sem ter clareza dos seus direitos como cidadãos (SILVA; ROCHA, 2014).

Trazendo a comunicação para um olhar mais amplo, podemos dizer que atualmente a mesma ocorre de forma instantânea e a circulação de informações está cada

vez mais rápida. A percepção individual de mundo é altamente influenciável pelas informações que são absorvidas no dia a dia e, a partir disto, cada um tem a capacidade de escolher o caminho que deseja trilhar e no que acreditar (DEFLEUR; BALL-ROCKEACH, 1993). Esta influência tecnológica informacional impacta diretamente no setor da saúde e em seu processo de trabalho.

Uma vez que a comunicação em saúde não atinge seu objetivo com a população, esta passa a dar credibilidade à informações obtidas por outros meios e, por consequente o setor da saúde precisa confrontar diariamente, durante a jornada de trabalho, usuários que acreditam veemente em informes em saúde de fontes duvidosas (GALHARDI *et al.*, 2020).

Segundo Galhardi *et al.* (2020), concomitante a pandemia, o mundo está passando por uma “infodemia”, termo atribuído pela OMS para nomear a propagação de notícias falsas relacionadas à COVID-19. No Brasil, um estudo realizado no período de 17 de março a 10 de abril de 2020, que fez a análise de notícias falsas sobre a COVID-19 denunciadas em um aplicativo, mostrou que em 85% delas o assunto envolvia a prevenção e/ou cura da doença, em 4,3% mencionava a doença como uma estratégia política e 10,7% estavam ligadas a golpes bancários (GALHARDI *et al.*, 2020).

Neste contexto, a APS tem um papel fundamental e estratégico no combate à COVID-19 e aos assuntos relacionados à doença. Ela é a porta de entrada para a maioria dos casos que apresentam sintomas leves e moderados, responsável por disseminar os cuidados a serem tomados para prevenção e diminuição do contágio da doença e tem a responsabilidade de elucidar mitos e boatos que circulam entre a população (CABRAL *et al.*, 2020).

O vínculo criado entre profissionais da APS e os usuários ao longo dos anos fortalece a confiança e promove a troca de informações analisadas previamente e confiáveis sobre a COVID-19. Sendo assim, o conhecimento em saúde adquirido pelos moradores do território atendidos em uma UBS é multiplicado na comunidade e impacta positivamente no enfrentamento à pandemia e promoção da saúde local (CABRAL *et al.*, 2020).

No entanto, devido às grandes demandas oriundas da COVID-19 e seu alto risco de contágio, as UBS tiveram que interromper suas atividades em grupo e diminuir os atendimentos em prol da segurança da população. Visando a continuidade do cuidado destes usuários que foram afastados, a APS teve que se adaptar a novos meios de

tecnologia da informação e comunicação para a oferta de uma assistência ampliada à saúde.

Uma dessas adaptações foi o uso da telessaúde. Esse instrumento envolve o conjunto de atividades realizadas à distância que estão relacionadas às questões de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Ela fomenta a promoção da saúde e possibilita a interação entre profissionais e pacientes que por algum motivo são impossibilitados de estarem próximos fisicamente (BRASIL, 2012c).

Implantar novas tecnologias no processo de trabalho no sistema de saúde possibilita a ampliação do alcance do serviço, facilita a troca de informações e orientações qualificadas, diminui a demanda recebida na UBS, facilita o fluxo do atendimento de pessoas e promove a vigilância em saúde durante a pandemia. Não somente, em período pandêmico, permite que profissionais afastados, que se enquadram no grupo de risco, possam atuar por acesso remoto (SARTI *et al.*, 2020).

Dentre as ferramentas ofertadas pela telessaúde, na APS, o teleatendimento teve grande destaque na pandemia. A partir das suas modalidades de teleorientação, telerregulação, teleconsulta e telemonitoramento é possível promover ações de cuidado em saúde para a população (DAUMAS *et al.*, 2020).

Por meio da teleorientação os profissionais são capazes de orientar sobre assuntos em saúde, como o uso correto de mecanismos como o nebulizador. A telerregulação envolve o processo de oferta de serviços, a teleconsulta viabiliza o atendimento à distância de pacientes que tiveram suas consultas suspensas devido ao afastamento social e risco de contágio e o telemonitoramento permite o acompanhamento dos casos confirmados e suspeitos da COVID-19 (BRASIL, 2012c).

Sendo assim, a comunicação em saúde nos mostra sua capacidade de atuação dentro do setor da saúde. A partir dela a interação entre profissionais e usuários é facilitada e favorece o cuidado em saúde de forma compartilhada. Devido a sua importância e impacto frente à comunidade, sua aplicabilidade deve ser revista e amadurecida, de forma que se torne eficiente para a promoção e melhoria da saúde da população.

Não somente, no atual cenário, a comunicação em saúde está facilitando a adaptação do processo de trabalho, contribuindo na resolução de alguns problemas impostos pela pandemia e promovendo a interação intersetorial entre saúde e população, ela fornece informações fidedignas sobre a COVID-19 e conduz ações táticas para o enfrentamento da doença.

O processo de trabalho em uma unidade de Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19 e sua relação com a Saúde e Segurança dos Trabalhadores

Flavia Avelino Galvão de Moura

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil é resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana (GOMEZ *et al.*, 2018, p.1964).

Durante as décadas de 60 e 70, em decorrência dos avanços da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, ampliou-se o conhecimento e o entendimento sobre o processo de saúde-doença, passando a ser considerado o trabalho como elemento importante desta análise. Este novo viés interpretativo possibilitou a inserção de práticas de atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito da Saúde Pública, ganhando força com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Nesta perspectiva, destacam-se os condicionantes do processo saúde-doença como propulsores iniciais desta nova lógica de pensamento e fortemente atrelados ao conceito do “processo de trabalho” pautado em uma concepção Marxista (GOMEZ *et al.*, 2018).

A respeito da Reforma Sanitária, ocorrida na década de 1970, faz-se importante destacar que foi um movimento de oposição à Ditadura Militar brasileira caracterizado por carregar uma série de ideias de mudanças necessárias na área da saúde. Dentre estas, encontram-se as questões que relacionavam o trabalho à saúde. Desta forma, a partir de uma iniciativa do MRSB, foram realizados acordos de trabalho que visavam à organização de ambientes laborais ou criações técnicas sindicais que objetivavam a contenção da nocividade nos ambientes de trabalho. Assim, com o questionamento da postura arbitrária e manipuladora de empregadores sobre ambientes insalubres e suas repercussões na saúde dos trabalhadores, tornaram-se necessárias avaliações públicas destes locais, propulsionando a criação de Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Este fato ocorreu antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde e da municipalização da Saúde (LACAZ *et al.*, 2019).

No que se refere ao artigo 6 da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), a execução de ações de Saúde do Trabalhador está incluída no campo de atuação do SUS. Neste âmbito a saúde do trabalhador é definida como

Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação de saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Assim, a Saúde do Trabalhador pode ser compreendida como um campo de atuação de saberes interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais com o intuito de analisar, reconhecer e intervir nas relações de trabalho que repercutem na saúde podendo desencadear doenças e agravos. Para sua materialização, conta com o desenvolvimento de ações tais como: articulação com movimentos sociais como forma de priorizar o atendimento e planejamento de ações de vigilância e saúde a partir da participação dos trabalhadores; identificação de situações de risco a partir da interpretação de informações epidemiológicas dos agravos de notificação pelo SUS (SIA, SINAM e SIM); observação socioespacial e intervenção por varredura de determinada área geográfica com o intuito de monitorar a situação do processo saúde-doença a partir da avaliação de riscos dos processos do trabalho e de produção; análise de atividade de risco em setores produtivos, entre outros.

Neste sentido destacam-se ainda os conceitos de “classificação de risco” – relacionado a questões materiais, objetos, meios e ambiente de trabalho, e “exigências ou requerimento” – atrelado a elementos qualitativos decorrentes da organização do trabalho (GOMEZ *et al.*, 2018).

Embora já fossem existentes as discussões acerca da temática, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) foi criada apenas no ano de 2012. Assim, mediante a sua estrutura organizacional, tem por objetivo definir os princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), viabilizando ações de atenção integral que contemplem a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos (BRASIL, 2012d).

A PNST tem como base a definição de saúde pautada no conteúdo da Lei 8.080 que, em suma, aborda este conceito como uma resultante dos determinantes e condicionantes de saúde. Sendo assim, de forma a garantir uma atenção pautada nos princípios de integralidade, equidade, universalidade, entre outros, explicita a necessidade de integração e articulação entre os seguintes segmentos: vigilância em saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência, vigilância ambiental, promoção e prevenção. Neste sentido, o olhar sobre o sujeito deve levar em

consideração aspectos como: condições de trabalho e renda, apoio familiar e suporte social, percepções sobre saúde e doença, crenças/espiritualidade, condições físicas e orgânicas, desejos e expectativas, saberes e cultura (BRASIL, 2012d).

Ainda, em seu artigo II, esta Política elucida as seguintes estratégias de promoção à saúde e ambientes saudáveis:

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; [...] d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; [...] e h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador (BRASIL, 2012d).

Devido ao fato de que as características da gestão e da organização do trabalho podem induzir grande diversidade de sofrimento, sejam eles físicos, psíquicos ou sociais, as questões inerentes à saúde mental dos trabalhadores vêm se tornando uma demanda expressiva no campo da saúde do trabalhador. Assim, torna-se importante a inserção deste aspecto no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), bem como a incorporação de estratégias de identificação e intervenção sobre este fenômeno (LEÃO e GOMEZ, 2014). A VISAT consiste em um importante componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador uma vez que tem como competência a análise das relações entre saúde e processo de trabalho (BRASIL, 2019). Desta forma, visa “explicitar, observar e intervir nas situações de risco, nas relações de trabalho e nas formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores” (GOMEZ *et al.*, 2018).

Ao pensar especificamente na Atenção Básica, o CAB nº 41 traz a perspectiva do trabalho como um eixo organizador da vida social, espaço de controle e resistência dos trabalhadores e trabalhadoras e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. Desta forma, a lógica dos processos produtivos deve ser utilizada como instrumento potencializador da promoção da saúde, não de adoecimento e morte. Para tal, faz-se necessário a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores uma vez que estes encontram-se inseridos nos processos produtivos e estão sujeitos à diversas formas de adoecimento (BRASIL, 2018a).

É ainda importante frisar que, nas unidades de saúde, o adoecimento, quando desencadeado por atividades laborais, podem estar associados aos seguintes riscos: físico, químico, mecânico, biológico e psicossocial. As formas de adoecimento podem, ainda, ser desencadeadas ou modificadas em sua frequência ou gravidade dependendo do tipo de trabalho desenvolvido. Além disso, a nocividade pode ultrapassar os limites físicos do cenário de trabalho e do trabalhador e estender-se à comunidade, afetando todo o ambiente familiar e domiciliar, a vizinhança e o meio ambiente (BRASIL, 2018a).

A atenção integral à saúde do trabalhador, com a finalidade de evitar adoecimento por atividades ligadas ao processo de trabalho é enfatizada ainda mais quando se analisa o impacto da pandemia na saúde do trabalhador. Os protocolos lançados pelo MS vislumbram recomendações essencialmente voltadas para medidas individuais de higiene e manejo clínico dos casos e não dão conta desse aspecto. Apesar das medidas de proteção com enfoque na biossegurança, enfatizadas nos protocolos do MS e em outras publicações, relatos de inúmeros profissionais e sindicatos apontaram condições precárias de trabalho, falta de EPI, sobrecarga de trabalho, entre outros, o que desencadeou reação aguda ao estresse e até mesmo *Burnout*. Desta forma, a discussão de medidas organizacionais se faz necessária, tanto para contemplar os aspectos inerentes à saúde do trabalhador, quanto para assegurar condições de trabalho que possibilitem a redução da disseminação do vírus. Ou seja, a Saúde do Trabalhador pode ser apontada como importante estratégia de saúde pública para o controle da pandemia (FILHO *et al.*, 2020).

Uma vez que os casos de contaminação podem estar diretamente relacionados ao desenvolvimento de atividades laborais e às condições de trabalho, faz-se importante a preservação da saúde daqueles que se mantêm trabalhando, sendo esta peça fundamental no controle do avanço da doença. Assim, é indispensável uma Atenção Primária sólida que responda com qualidade e objetividade à situação de emergência pública, como o exemplo do município de Londrina que, com o apoio da gestão local e equipes multiprofissionais de saúde, promoveu ações educativas de orientação aos trabalhadores do município sobre medidas de proteção e prevenção à COVID-19. A iniciativa posteriormente se estendeu a outros segmentos e, apesar de não ter apresentado muita adesão de condomínios particulares, contou com a adesão voluntária de algumas empresas a partir de uma parceria realizada com alguns sindicatos, se mostrando uma possibilidade inovadora e positiva (FILLIS *et al.*, 2020).

Ao considerar tanto a China quanto o Brasil, destaca-se que os primeiros casos de contaminação e morte foram de trabalhadores no desenvolvimento de suas funções. No

caso dos trabalhadores de saúde, além da sobrecarga de trabalho e dos impactos sofridos na saúde mental, estes profissionais apresentam um risco de três vezes maior de contrair o vírus quando comparados à população em geral (BARROSO *et al.*, 2020). Neste sentido, com o intuito de reduzir os danos a esta classe e preservar a saúde do trabalhador, destaca-se como possibilidade, por exemplo, a Terapia Ocupacional, ferramenta que pode ser utilizada para a implementação de ações centradas neste público, podendo se estender inclusive aos familiares destes trabalhadores que foram infectados. Ainda, deve-se levar em consideração que os terapeutas ocupacionais possuem competência para atuar na Área da Saúde do Trabalhador por meio de estratégias de prevenção, proteção e recuperação da Saúde. Outra perspectiva interessante é a possibilidade de intervenção a partir do desenvolvimento de ações direcionadas aos processos de adequação e reorganização do processo de trabalho interno da unidade e das atividades cotidianas dos indivíduos e seus familiares. Além disso, também se faz importante no matriciamento das equipes de Saúde da Família, acolhimento dos profissionais, etc (*op. cit.*, 2020).

Articulando estes conceitos discutidos com a realidade vivenciada pelos trabalhadores da Saúde do Brasil no contexto da Pandemia da COVID-19, pode-se perceber que, nas unidades de Atenção Básica, as mudanças no processo de trabalho foram significativas.

No que se refere aos fluxos de atendimentos e reorganização do processo de trabalho em território nacional, ficou determinado pelo MS a suspensão de atividades como os atendimentos odontológicos eletivos, a reavaliação da necessidade de VD, a suspensão de grupos e atividades coletivas e a priorização de consultas individuais e apenas quando extremamente necessárias. Quanto às consultas médicas e de enfermagem, estas deveriam ser suspensas, na medida do possível, de forma que aproximadamente 70% da agenda destes profissionais permanecessem reservadas para demanda espontânea, de modo que as consultas de pré-natal e puericultura se mantivessem como prioritárias.

Assim, ressaltando o impacto sofrido no processo de trabalho e do perfil de atendimentos, ficou definido que fossem evitadas aglomerações e circulações nas salas de espera, de forma que, sempre que possível, os usuários aguardassem atendimento em área externa, que recebessem máscara antes de entrar na unidade e que as salas e consultórios da UBS fossem preferencialmente reservadas para atendimentos e/ou isolamento de casos suspeitos de COVID-19 (BRASIL, 2020f).

As mudanças na atuação dos ACS constituíram-se na reavaliação da necessidade das VDs, no entanto, estas não deveriam ser totalmente suspensas uma vez que consistem

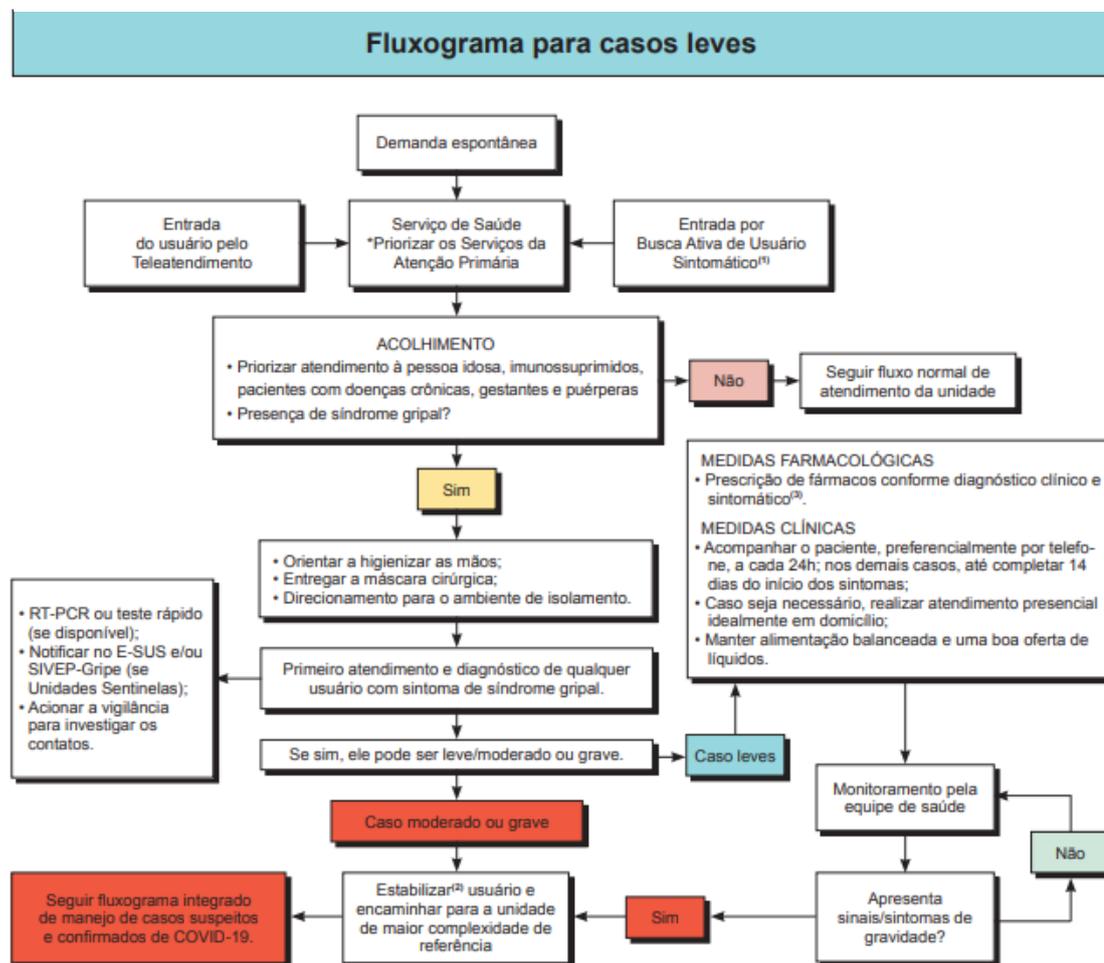
em uma ferramenta potente de informação, busca ativa de casos suspeitos e monitoramento de casos. No caso de realização de VD, determinou-se a utilização de EPIs, limitação das visitas à área peridomiciliar, distanciamento de pelo um metro dos moradores, priorização das visitas a usuários do grupo de risco e higienização das mãos com álcool em gel. Muito embora o documento do Ministério da Saúde não recomende o afastamento dos ACS com idade superior a 60 anos e condições crônicas de saúde, mas sim o desenvolvimento de suas atividades laborais no espaço interno da unidade a partir de atividades de monitoramento e administrativas que não necessitem de atendimento ao público, o sindicato destes trabalhadores conseguiu, via limiar, o afastamento imediato destes profissionais mediante a apresentação de laudo médico (BRASIL, 2020g; ALMEIDA, 2020).

Ao destacar a atuação da Atenção Básica como imprescindível para o monitoramento e acompanhamento dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19, faz-se importante ressaltar a importância da comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde uma vez que todas as unidades de saúde, independentemente no nível de atenção, funcionam como porta de entrada em um contexto pandêmico. Desta forma, se o paciente dá entrada por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospital é de suma importância que a Atenção Primária à Saúde tenha ciência do caso para o monitoramento durante todo o período de afastamento/tratamento. Neste caso, um profissional da APS deve ficar responsável por estabelecer contato a cada 24 horas para monitorar os casos de indivíduos pertencentes a grupos de risco e, a cada 48 horas com os demais indivíduos, até completar 14 dias do início dos sintomas (BRASIL, 2020h).

Para tal, este monitoramento deve ser realizado presencialmente ou por telefone, sendo posteriormente lançados no prontuário eletrônico e-SUS e na plataforma de notificação e-sus VE. Faz-se importante ainda destacar a criação da Portaria nº 467, a qual regulamenta a utilização das teleconsultas com o objetivo de operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública em voga (BRASIL, 2020f; BRASIL, 2020h). Para o registro nos instrumentos citados e direcionamento adequado do manejo clínico, faz-se ainda necessária uma boa escuta inicial logo acolhimento, a partir da atuação do ACS levantamento de informações sobre sintomas gripais e, posteriormente, da conduta clínica do corpo de enfermagem e medicina a partir da aferição dos sinais vitais e classificação de risco/vulnerabilidade. A partir de então os casos podem ser classificados como leves, moderados ou graves (BRASIL, 2020i).

Segue abaixo o fluxograma de manejo de casos leves com suspeita de COVID-19 (figura 3), os quais devem ocorrer preferencialmente por meio da APS:

Figura 3 - Fluxograma de “orientações para manejo de pacientes com COVID-19” na Atenção Básica



Fonte: Ministério da Saúde, 2020b.

Toda essa mudança nos processos de trabalho, mediante inúmeros protocolos, fluxogramas e normas técnicas frequentemente lançadas e atualizadas pelo MS, com respectivas orientações pelas Secretarias Estaduais e Municipais, também foi acompanhada com uma publicação relacionada com a gestão em saúde no trabalho. A Associação Nacional de Medicina do Trabalho, por meio da Secretaria de Gestão em Trabalho e Educação na Saúde lançou, em julho de 2020, um guia prático de gestão em saúde no trabalho para COVID-19. Este guia tem como objetivos:

- a) orientar Médicos do Trabalho e gestores na adoção de medidas protetivas de prevenção individual e coletiva à transmissão pelo SARS CoV-2 nos ambientes de trabalho, preservando assim a saúde dos trabalhadores;
- b) orientar a conduta de investigação diagnóstica;
- c) orientar quanto às condutas

frente à trabalhadores positivos para COVID-19 ou contactantes de pessoas com COVID-19 entre outras situações e d) orientar quando à investigação de nexos causais entre trabalho e COVID-19 (BRASIL, 2020j, p. 7).

Desta forma, como medidas de prevenção e controle de infecção com o intuito de evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante a assistência prestada e mitigar o risco de contaminação, alguns pontos são destacados no guia, como o fornecimento de EPI com base no risco de atividade do trabalhador, capacitação para seu uso, realização de exames diagnósticos de COVID-19 em profissionais sintomáticos, afastamento em caso de sintomas gripais, remanejamento de salas/consultório para atendimentos clínicos, oferta de álcool 70%, entre outros (BRASIL, 2020j).

Abaixo, segue o quadro de EPI de acordo com as atividades desempenhadas (figura 4):

Figura 4 - Equipamento de Proteção Individual para a Saúde e Segurança no Trabalho

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
Pacientes suspeitos ou testados positivamente			
Local	Situação	Equipe	Protocolo
Recepção (local arejado)	Atendimento ao trabalhador	Equipe administrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a distância mínima de 2 metros entre as pessoas; - Anteparo de vidro ou outro material entre o atendente e o trabalhador/paciente, quando possível. Ou <i>Face shield</i> - Máscara cirúrgica
Triagem Consultório arejado - sala de isolamento	Avaliação da gravidade da Síndrome Gripal	Médico do Trabalho Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Protetor facial ou óculos de proteção; - Gorro descartável; - Máscara PFF2/N95 - <i>Face shield</i> - Avental em TNT, 30 a 50g/m², com manga longa, punho elástico; - Luvas de procedimento descartáveis; - Colocar máscara cirúrgica no paciente
Em todos os casos, reforçar a higienização com lavagem das mãos com água e sabão antes de colocar as luvas e após retirá-las, ou álcool a 70%, após cada atendimento / procedimento.			

Fonte: Ministério da Saúde, 2020j.

Apesar da criação deste protocolo e das diversas recomendações da OMS e do MS, o Brasil e o mundo enfrentaram um grande desafio no que se refere aos quesitos básicos de insumos para a proteção individual dos profissionais de saúde. A Associação

Médica Brasileira (AMB) lançou algumas notas sobre a importância dos EPI não apenas para a segurança dos trabalhadores, mas também para evitar que os profissionais de saúde contaminassem outros pacientes durante a assistência. Desta forma, destacou como essenciais as seguintes paramentações: máscara N95/PFF2; óculos ou Face Shield; luvas; gorro; capote impermeável e álcool gel 70%. Além disso, estimulou que os profissionais atuantes na área da saúde denunciasses os locais de saúde que não estivessem suprindo estes equipamentos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2020).

Uma pesquisa realizada pela Associação Paulista de Medicina (APM) informou que 50% dos médicos entrevistados que atuam no combate ao novo coronavírus disseram faltar máscaras N95/PFF2. Quanto aos outros materiais, 38,6% afirmaram falta de proteção facial; 26% acusam falta de óculos; 31% falta de aventais; 36,5%, de máscaras cirúrgicas; e 21,5% falta de orientação ou programa para atendimento. Além disso, faltam também testes para os casos suspeitos, sendo possível testar apenas alguns casos mais graves. Esta realidade dificulta todo o processo de trabalho uma vez que a impossibilidade de um diagnóstico assertivo impede a condução de casos clínicos, a organização interna de fluxos, a alocação de pacientes em setores específicos e as orientações aos usuários (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA, 2020).

Apesar de muito se falar sobre a atuação médica neste contexto pandêmico a Universidade Federal do Espírito Santo declarou que a enfermagem é a categoria profissional mais afetada neste cenário (LUCIANO e MASSARONI, 2020). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) chegou a publicar algumas matérias em que o Brasil aparecia como o país com maior número de mortes de enfermeiros por COVID-19 no mundo (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2020). Até o início de setembro de 2020, a OMS coloca que, na região das Américas, cerca de 570 mil profissionais de saúde ficaram doentes e 2,5 mil foram a óbito em decorrência do vírus (OPAS BRASIL, 2020).

Hoje, destaca-se que o contexto dos profissionais de saúde aumenta o sentimento de preocupação destes trabalhadores, criando sentimento de medo de ir ao trabalho uma vez que, além de se colocarem em risco, coloca também em risco a vida de seus familiares. Este sentimento de instabilidade e insegurança amplificam-se ainda mais quando levada em consideração a falta de equipamentos de segurança e da insegurança de conseguirem se manter firmes diante do caos e da exploração da mão de obra devido a contratos frágeis e precarizados em diversas instituições de saúde (LUCIANO e MASSARONI, 2020).

Saúde mental do trabalhador: uma análise sobre a vivência daqueles que exercem o cuidado em saúde

Gabriella Rocha Santos

A partir da definição realizada pelo Ministério da Saúde das unidades básicas de saúde como porta de entrada ao sistema, ordenando a assistência de acordo com o nível de complexidade, a APS assumiu o lugar de nível de atendimento com mais abrangência, acesso, resolutividade e para casos de baixa complexidade (BENITES, 2014). É possível observar que grande parte da demanda é absorvida, no entanto torna-se necessário problematizar sob quais condições os problemas são resolvidos, isto é: como fica o profissional de saúde submetido a cargas horárias intensas, ambiente de trabalho com recursos humanos insuficientes, cada vez recebendo mais atribuições, responsabilidade em ações a serem implementadas, sistemas e informações que precisam ser compartilhados etc., sem, no entanto, obter capacitação adequada?

Benites (2014) lembra que se acrescenta a isso o fato de que, especialmente em áreas vulnerabilizadas, muitas vezes o serviço de saúde pública é o único e mais próximo da população. Pensando no caráter comunitário que a APS possui, é tão esperado quanto *necessário* que a unidade seja mesmo próxima a população assistida. No entanto, essa característica faz com que o profissional, muitas vezes sobrecarregado e recebendo pouco investimento, seja o recurso mais procurado pela comunidade, inclusive em situações complexas atravessadas pela violência.

Segundo Assunção (2012), a atuação dos profissionais de saúde faz a mediação entre o que o sistema tem por finalidade e as reais necessidades dos usuários, que nem sempre convergem. Este dualismo é tratado por Dejours (1997) como “trabalho real” e “trabalho prescrito”, isto é: o trabalho possível de ser realizado diante do contexto e o trabalho como é determinado de forma normativa, respectivamente.

Lidar com o sofrimento alheio, acompanhado de convocação por uma solução daquele que sofre, e deparar com as limitações do sistema e a impotência frente à ordem imposta dificilmente passa como um processo indiferente ao profissional. A afirmativa já era passível de observação quando a pandemia deflagrou no Brasil. Com a chegada do novo coronavírus, a problemática se potencializou diante de corpos já fragilizados.

Sem precedentes na história moderna, a pandemia do novo coronavírus tornou-se uma emergência de saúde pública, inclusive nas pesquisas sobre os impactos na saúde mental dos brasileiros de um modo geral e, de forma especial, dos profissionais de saúde

em atuação na linha de frente. Segundo Ornell *et al* (2020), por meio de estudos anteriores foi possível observar que epidemias e surtos de contaminações de doenças foram seguidos de impactos psicossociais importantes, tanto no nível individual quanto no social. Pesquisas de Wang *et al* (2020) e Zhu *et al* (2020) indicam que, em decorrência do cenário atual, altos níveis de depressão, ansiedade e estresse já são observados na população em geral.

De acordo com o material elaborado pela Fiocruz (2020) intitulado “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 – Recomendações Gerais”, a pandemia impacta as pessoas de maneiras específicas, considerando características tais como: necessidade de adaptação aos novos protocolos de segurança; falta de EPI em algumas estruturas sanitárias; risco de ser infectado e infectar terceiros e a possibilidade real de agravamento de saúde mental e física de grupos vulneráveis, como crianças, pessoas com deficiência e idosos, afastados de seus pais ou cuidadores em razão da quarentena.

Ainda segundo este caderno (BRASIL, 2020k), as reações mais frequentes entre as pessoas são: medo de adoecer, morrer, perder entes queridos, perder os meios de subsistência, ser excluído socialmente por estar associado a doença, ser separado de familiares devido a quarentena, não ter suporte financeiro e transmitir o vírus aos outros. Além disso: sensação de impotência perante os acontecimentos; irritabilidade; angústia; tristeza; alteração ou distúrbios de apetite; alteração ou distúrbios do sono; conflitos interpessoais, pensamentos recorrentes sobre a pandemia e sobre a morte e o morrer.

Cabe ressaltar que nem todos os fatores psicológicos devem ser considerados patológicos. Alguns critérios precisam ser observados para considerar se uma reação esperada está se tornando sintomática, como por exemplo: sintomas persistentes; conduta suicida; sofrimento intenso; comprometimento importante do funcionamento social e nas atividades cotidianas; problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências; depressão maior; psicose; transtorno por estresse pós-traumático etc.

Diante deste cenário de desafio à resiliência psicológica, estudos de Ornell *et. al* (2020), Wang *et al* (2020) e Zhu *et al* (2020) apontam que os profissionais de saúde fazem parte do grupo de pessoas com alto risco de desenvolver problemas emocionais. Wilder-Smith e Freedman (2020) explicam que isso acontece porque enquanto o mundo vive um período de desaceleração das atividades cotidianas e incentivo ao distanciamento social, os profissionais de saúde estão em movimento contrário, precisando lidar com longos turnos de trabalho, falta de recursos, infraestrutura e até mesmo salário, uso desconfortável de equipamentos de proteção individual, insegurança para atuar em uma

situação totalmente atípica e sem protocolo bem estabelecido e o medo constante de contaminar a família nuclear.

Li Z *et al* (2020) e Ornell *et al* (2020) afirmam que as implicações na saúde mental dos profissionais envolvidos na assistência à saúde durante contexto pandêmico podem ser persistentes. Altos níveis de estresse, depressão, ansiedade e TEPT foram observados por esses autores depois de algum tempo, após o fim do cenário de epidemias e surtos de contaminações anteriores. Um artigo de Lee SM *et al* (2018) afirma que durante o surto de SARS, em 2003, 18 a 57% dos profissionais de saúde de Hong Kong, Toronto e Singapura viveram problemas emocionais importantes e sintomas psiquiátricos durante o surto e no período posterior. Ainda segundo o artigo, em 2015, quando o Oriente Médio viveu um surto de síndrome respiratória causado por coronavírus, profissionais de saúde apresentaram quadros de disforia e estresse, sintomas esses que ficaram evidenciados por meio de faltas e omissões.

De acordo com Merlo & Mendes (2009), esta ligação entre trabalho e saúde psíquica do trabalhador já vinha sendo abordada por Christophe Dejours desde 1980, quando o psicanalista e médico psiquiatra apresentou a abordagem da psicodinâmica do trabalho em sua obra que seria traduzida para o Brasil sete anos depois com o título “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”.

A psicodinâmica do trabalho estuda os mecanismos de defesa dos trabalhadores diante de situações da organização do trabalho que causam sofrimento de forma recorrente (BUENO e MACÊDO, 2012). Neste aspecto, saúde no trabalho não se caracteriza pela ausência do fator sofrimento, mas pela capacidade que o trabalhador possui de desenvolver estratégias internas e externas para transformar o sofrimento em procura por sensações de prazer e realização (GIONGO *et al*, 2015). Segundo Mendes (2004), esse desenvolvimento é marcado pelo uso de mecanismos de defesa com potência de mobilização dos trabalhadores de forma individual e coletiva, a fim de desenvolver uma relação gratificante com o trabalho e de adquirir reconhecimento, elemento essencial na construção identitária do trabalhador.

Ainda nesse processo de reconhecimento da relação entre saúde do trabalhador e processo de trabalho, a Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, definindo em seu segundo artigo os princípios, diretrizes e estratégias sob responsabilidade das três esferas de gestão do SUS com a finalidade de desenvolver atenção integral à saúde do trabalhador. Essa preocupação e garantia de direitos e deveres são pertinentes, considerando a afirmativa

de Dejours (2006, p.96) de que “a erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável à produção”. Muito se fala sobre a preocupação com o uso do corpo físico do trabalhador e as possíveis lesões, mas refletindo a partir da lógica levantada por Dejours, pode-se inferir que a exploração do sofrimento tem potencial para ser tão nociva à saúde do trabalhador quanto a exploração física.

A partir da reflexão proposta, fica evidente a necessidade de romper com a cultura de fragmentação das ações de promoção de saúde do trabalhador e de saúde mental, construindo coletivamente espaços onde essa temática possa ser debatida e olhada sob lentes mais focais pelos gestores em saúde, tanto no nível micro quanto macro.

Na continuação do trabalho, o leitor poderá acompanhar o que foi desenvolvido pela equipe de residentes frente à problemática instaurada e a necessidade de intervenção. Cabe lembrar que o programa de residência prevê um processo de formação em serviço, ou seja, os residentes, que se propuseram a oferecer cuidado àqueles que cuidam, foram também profissionais que, frente ao cenário que se estabeleceu desde março do ano anterior, demandaram por atenção à saúde.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Um olhar ampliado sobre a linha de cuidado do pré-natal no cenário da pandemia

Resumo: A linha de cuidado do pré-natal, uma das poucas priorizadas no processo de trabalho durante a pandemia, foi reorganizada visando o cuidado integral com o apoio da equipe multiprofissional de residentes para tentar suprir a ausência do NASF-AB e de profissionais das equipes mínimas afastados por adoecimento em decorrência da COVID-19.

Objetivos: Manter a continuidade da linha de cuidado do pré-natal durante a pandemia.

Metodologia: Realização de interconsultas a partir dos atendimentos eletivos da enfermagem, identificação das necessidades individuais das gestantes e articulação da equipe multiprofissional de residentes. Para a tabulação de dados foi confeccionada uma planilha no Excel para condensar os dados de acompanhamento das consultas de pré-natal realizadas no período de abril a novembro de 2020.

Resultado esperado: Garantir o atendimento integral das gestantes em tempos de COVID-19.

A pandemia da COVID-19 trouxe com ela diversas mudanças e desafios a serem enfrentados no cotidiano e nas dinâmicas das unidades de saúde de forma geral. No caso das vivências experienciadas pelos autores do presente trabalho, destaca-se a atuação multiprofissional dos residentes em saúde da família do PRMSF-ENSP/Fiocruz.

Para um melhor entendimento do relato de experiência em questão, faz-se necessária uma breve contextualização da situação da unidade de atuação neste período. Destacam-se então alguns pontos importantes como: grande evasão de profissionais médicos - seja por pedido de demissão desencadeado pelo medo de contrair o vírus, seja por adoecimento e/ou suspeita de infecção de COVID - e de enfermeiros - todos apresentando sintomas com posterior confirmação de COVID-19 em algum momento da pandemia -, drástica redução salarial dos enfermeiros, falta de EPIs, afastamento de grande parte do corpo de ACS que compunham grupo de risco e inexistência do NASF-AB, uma

vez que todos estes profissionais matriciadores foram demitidos e não foram recontratados.

Outra mudança significativa foi a suspensão das visitas às maternidades e a restrição de apenas uma maternidade como referência para a CFESR, o Hospital Maternidade Alexander Fleming. Esta realidade deixou muitos cadastrados apreensivos, uma vez que a maternidade fica geograficamente distante da área de residência destas mulheres cadastradas e os meios de transporte públicos também foram reduzidos no contexto da pandemia.

Houve ainda a suspensão das agendas de todos os profissionais por tempo indeterminado, sendo priorizados apenas atendimentos pelos profissionais médicos e enfermeiros, em caráter de urgência/emergência ou das linhas prioritárias, como a de atenção ao pré-natal. Os atendimentos odontológicos pautaram-se na mesma atuação em casos de urgência, caracterizando-se por ação prescritiva de medicamentos uma vez que aqueles que necessitam de intervenção constituíam-se de grande risco de contaminação e disseminação do vírus.

Adentrando ao foco do presente relato, destacamos então a priorização do acompanhamento da linha de cuidado de atenção ao pré-natal neste período, pois

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania. (SILVA *et al.*, 2014 *apud* BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o acolhimento no pré-natal envolve a recepção da mulher nas unidades de saúde, passando a se responsabilizar por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que suas angústias e preocupações sejam expressadas e acolhidas, garantindo uma atenção resolutiva e uma articulação com os outros equipamentos de saúde, promovendo assim uma continuidade do cuidado.

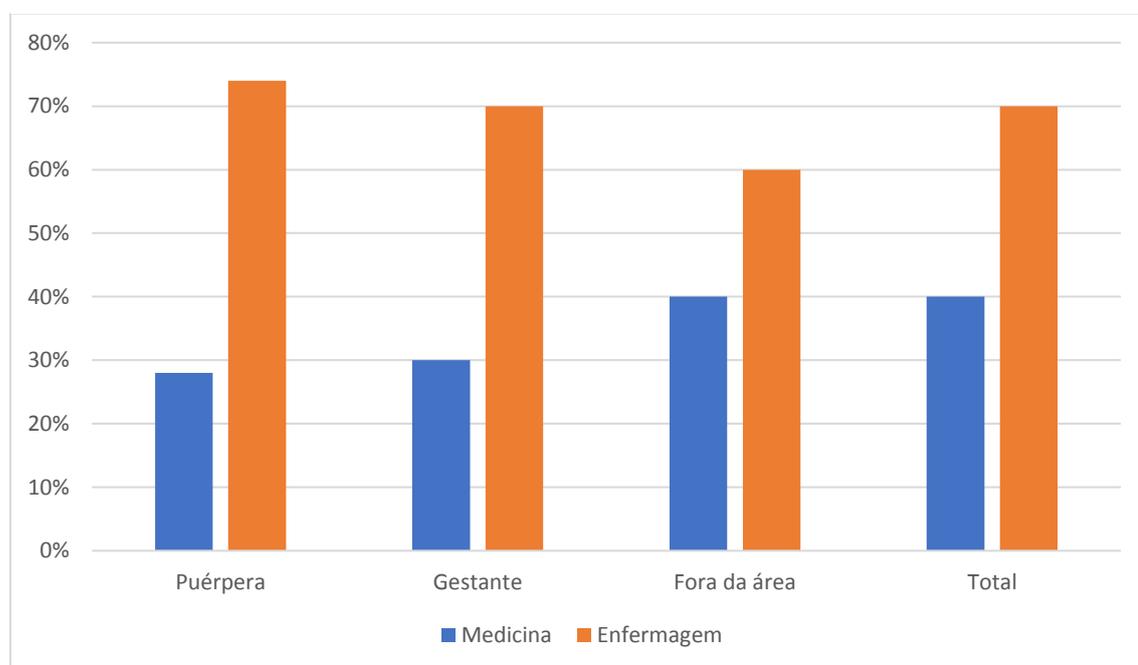
“O diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja disposto à mulher, protagonista no processo de gestação e parto.” (BRASIL, 2005b, p 13).

Como estratégia de ininterruptão deste cuidado e visando mitigar a exposição deste grupo da população, os atendimentos passaram a ser restritos apenas às gestantes - preferencialmente sem acompanhantes - e os intervalos entre consultas foram ajustados e mais espaçados. Procurou-se evitar que as gestantes saíssem de suas casas para idas mais frequentes à unidade, evitando também o risco e suscetibilidade ao adoecimento por Sars-CoV-2 e contaminação de seus familiares.

Segundo o CAB nº 32 (2013), que trata sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco, o acompanhamento deve ser intercalado entre médico e enfermeiro constituindo um total de, no mínimo, seis consultas. Preferencialmente, de acordo com as normativas, deve-se seguir o seguinte esquema: mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; e, semanalmente, da 36ª à 41ª semana.

Tendo como premissa esta preconização, foi realizado um levantamento acerca do acompanhamento de pré-natal das 35 gestantes que tiveram contato com os residentes no período de abril a novembro de 2020. Assim, foram obtidos os dados expressos no gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1- Acompanhamento do pré-natal pelas categorias de medicina, enfermagem e residentes multiprofissionais



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o gráfico 1, quando consideradas as puérperas - neste caso, as mulheres que concluíram a gestação no período de abril a novembro e foram acompanhadas exclusivamente pela CFESR - observou-se que os enfermeiros realizaram mais que o dobro de consultas de acompanhamento (74%) quando comparados aos médicos (28%). O mesmo padrão se repete ao se considerar as mulheres que ainda estão gestantes, de forma que os atendimentos de pré-natal por enfermeiros representam pouco mais de 70% e, por médicos, menos de 30%.

Já no que se refere aos atendimentos realizados às gestantes “fora de área”, ou seja, as que interromperam o acompanhamento por motivo de mudança de território, a

porcentagem de acompanhamentos por médicos e enfermeiros é menos discrepante, uma vez que os enfermeiros realizaram aproximadamente 60% destas consultas e, os médicos, 40%. No entanto, não foi possível identificar como este acompanhamento estava ocorrendo antes do primeiro contato com a CFESR. Cabe destacar que estas duas gestantes fora de área haviam iniciado o pré-natal em outra unidade e não concluíram o acompanhamento na Clínica da Família em voga uma vez que, novamente, saíram do território de cobertura da CFESR.

Assim, a análise do gráfico 1 permite apontar que, embora o acompanhamento de pré-natal deva constituir-se de consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, a grande maioria das consultas foi realizada por enfermeiros, sejam estes profissionais da unidade ou pela residente.

Destaca-se a escassez de médicos atuando na unidade no período de abril a agosto, uma vez que boa parte desses profissionais pediu demissão e a Clínica da família passou a funcionar com apenas três médicos: um com carga horária de 40 horas semanais e dois com carga horária de 20 horas semanais.

Pelo fato da composição das equipes ter sofrido rotatividade, esta realidade dificultou ainda mais o processo de trabalho e aumentou a sobrecarga e estresse dos profissionais da equipe mínima. Isto porque, além de terem passado por drástica redução salarial - no caso dos profissionais da Enfermagem - concomitantemente à pandemia, muitas vezes eles não tinham EPIs adequados e suficientes para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

A rede de apoio criada entre os profissionais de enfermagem da unidade de saúde e a presença da equipe de residentes multiprofissionais potencializou estratégias para que a assistência ao pré-natal não fosse interrompida. O envolvimento dos residentes, seja físico ou virtual, possibilitou um cuidado ampliado acerca das necessidades e especificidades de cada indivíduo no momento crítico da pandemia vivenciado no momento deste relato, mediante aos fatores macrossociais e a histórica desigualdade que afetam o processo saúde-doença.

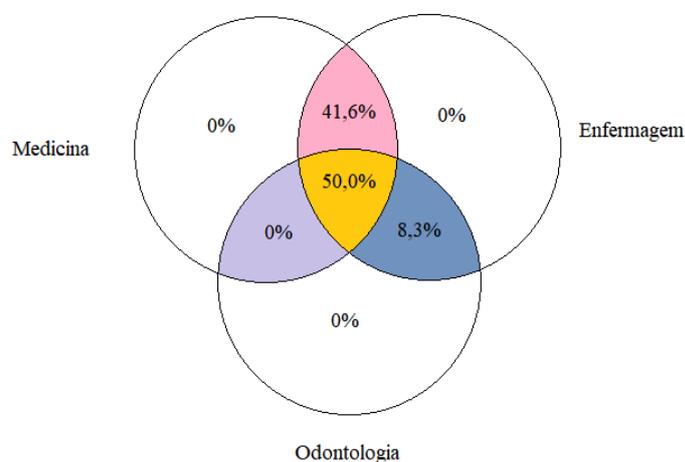
O foco da intervenção dos residentes visou o vínculo longitudinal sob a perspectiva multiprofissional do acompanhamento do pré-natal das gestantes cadastradas na unidade. Foi considerado como vínculo longitudinal ou longitudinalidade a proposta das autoras Cunha e Giovanella (2011) que consiste, como uma das suas dimensões, no “estabelecimento do vínculo duradouro, no qual significa uma relação interpessoal contínua entre o usuário e as equipes de APS ao longo do tempo.”

A longitudinalidade do cuidado nas práticas de atenção primária à saúde, para além do contexto de pandemia também implicam, segundo Cunha e Giovanella (2011), em outras duas dimensões que são: o reconhecimento da população acerca da unidade básica de saúde como serviço de referência para atender as necessidades de saúde e a continuidade de informações sobre o usuário do serviço de saúde por meio do acúmulo de conhecimentos das situações de saúde pelos profissionais.

Inicialmente, foi elaborada uma planilha para o levantamento de dados e condições de saúde, tais como: nome; idade, equipe da gestante; idade gestacional no primeiro contato; existência de acompanhante durante o atendimento; comorbidades; número de acompanhamentos; observações e orientações; e quantidade de consultas de pré-natal realizadas, conforme anexo nº. 01.

Neste sentido, o gráfico 2 abaixo apresenta os dados referentes à quantidade de gestantes atendidas nos meses compreendidos entre abril e novembro pelas categorias da equipe mínima: enfermagem, medicina e odontologia.

Gráfico 2 - Percentual de gestantes atendidas entre as categorias da equipe mínima



Fonte: Elaboração própria.

Foram atendidas um total de 35 gestantes pelos residentes. Destas, sendo aproximadamente 41,6% equivalente ao número de gestantes atendidas apenas pelos profissionais de medicina e enfermagem, 8,3% apenas por enfermagem e odontologia sem passar por nem uma consulta médica, e 50% pelas três categorias.

Apesar da importância da organização da unidade de forma a ofertar um atendimento a partir de equipes específicas com profissionais de referência, o que viabiliza a criação e fortalecimento do “vínculo longitudinal”, os atendimentos às gestantes tiveram que mudar de configuração diante da pandemia, sendo flexibilizados. Desta forma, passaram a ser realizados pela residente de enfermagem independentemente da equipe adscrita nos momentos em que os profissionais de referência necessitaram ser afastados ou precisaram de suporte. O residente de odontologia, que deveria atender apenas os usuários da equipe Comendador Guerra, também atuou na mesma lógica.

No que se refere especificamente à parceria entre a atuação da enfermagem e odontologia na ocasião do acompanhamento do pré-natal, o CAB 32 do Ministério da Saúde (2013) deixa explícito que, logo na primeira consulta, a gestante deve ser referenciada para atendimento odontológico. Mais uma vez ressalta-se aqui a importância e a potência da presença de uma equipe multiprofissional de residentes uma vez que, com o atendimento odontológico “na cadeira” suspenso, este tipo de cuidado só foi possível a partir da mobilização dos mesmos.

Em relação ao pré-natal odontológico, preconizado pelo CAB nº 32 (BRASIL, 2013b), a sua realização foi priorizada desde a publicação da primeira nota técnica da Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal (CTSB) da cidade do Rio de Janeiro em março de 2020. Esta nota orientou evitar procedimentos que produzam aerossóis, e estimular ações de realização da primeira consulta odontológica programática, orientações educativas individuais, aplicação tópica de fluoretos, dentre outros (RIO DE JANEIRO, 2020).

Mesmo com as recomendações da CTSB, no início da pandemia a equipe de saúde bucal da unidade de saúde da família em questão não estava realizando essas atividades com as gestantes adscritas da unidade, possivelmente pela falta de estruturação do processo de trabalho interno da clínica, conforme já mencionado. Passado o momento inicial de reestruturação, houve um movimento em retomar o pré-natal odontológico a partir de interconsultas, dentro do consultório de cada equipe, com os enfermeiros de referência, onde foram realizadas ações pertinentes ao pré-natal.

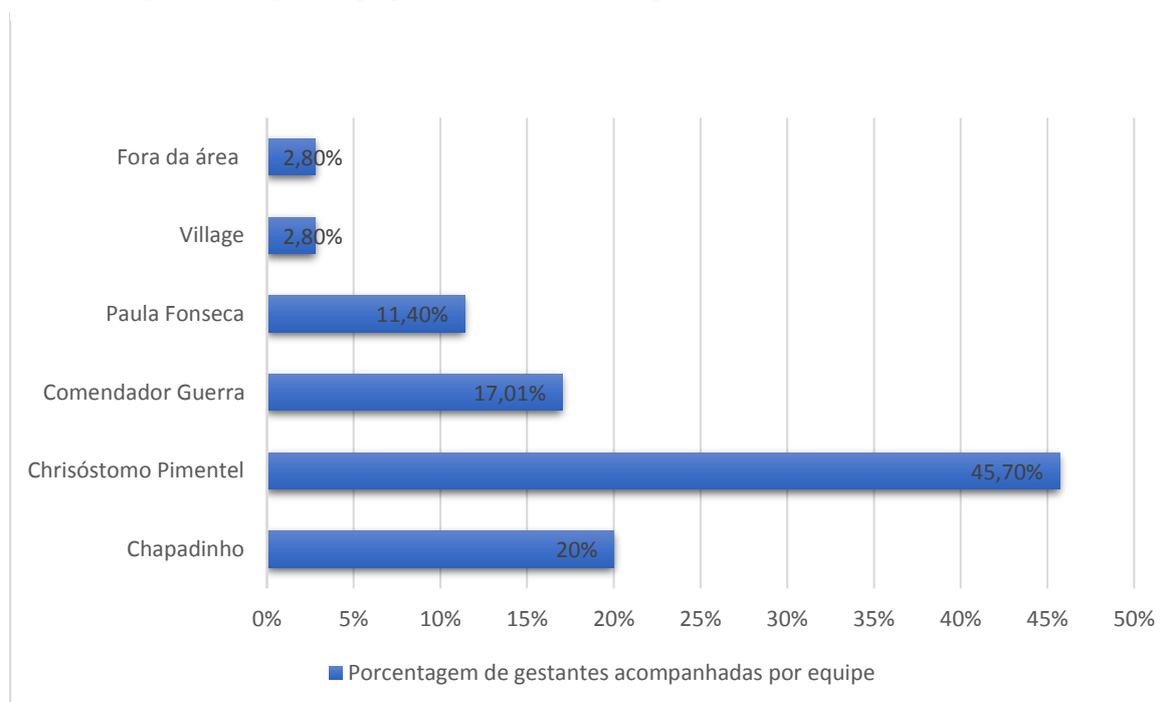
Com o passar do tempo, esta iniciativa possibilitou aos enfermeiros da unidade a busca pelo estabelecimento de uma maior proximidade com as dentistas da CF com o objetivo de garantir uma assistência integral para as gestantes.

Este movimento dos residentes, sobretudo do dentista, provocou a adesão dos profissionais da saúde bucal, permitindo uma melhor estruturação do processo de trabalho

sob essa linha de cuidado. Sendo assim, o pré-natal odontológico foi realizado pelas dentistas fixas da unidade de saúde e pelo residente dentista, garantindo ampla assistência às gestantes.

As alterações e remanejamentos citados permitiram a ampliação e garantia da oferta do cuidado a este grupo da população em um momento muito atípico da saúde. Além de ter reforçado a ideia de que embora tenham equipes distintas na unidade, é fundamental o trabalho coletivo e fluido a fim de fortalecer o SUS por meio da prestação de serviços pautados nos princípios da igualdade, da integralidade e da universalidade. Sendo assim, as gestantes que foram acompanhadas pelos residentes envolveram todas as equipes adscritas da unidade de saúde, conforme observado no gráfico 3 a seguir:

Gráfico 3- Porcentagem de gestantes cadastradas na Clínica da Família Epitácio Soares Reis acompanhadas pela equipe de residentes, no período de abril a novembro de 2020



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados explicitados, pode-se observar que, embora os residentes estejam alocados na equipe Comendador Guerra, a maioria das gestantes atendidas eram cadastradas da equipe Chrisóstomo Pimentel, as quais compreendem 45,7% do total de gestantes atendidas neste período. Em segundo lugar aparece a equipe Chapadinho com 20% e em terceiro a equipe Comendador Guerra com 17,1% das gestantes atendidas. A equipe Village foi a que teve menos usuárias atendidas por residentes, representando 2,8% do número total de atendimentos de gestante.

Esta realidade se deu pelo fato de que, logo no início da pandemia, a enfermeira de referência da equipe pediu demissão. Desta forma, uma vez que os casos não foram compartilhados antes de sua saída, tornou-se difícil realizar uma busca ativa e identificar as gestantes que deveriam realizar acompanhamento na unidade, visto que alguns agentes comunitários de saúde não estavam realizando a busca de suas cadastradas e os dados nos prontuários eletrônicos estavam inconsistentes.

Durante essas consultas de pré-natal, algumas demandas individuais foram surgindo e por meio da articulação com outros residentes, como a assistente social, o dentista, a nutricionista e a enfermeira, buscou-se garantir uma assistência qualificada e uma integralidade do cuidado para as gestantes por meio de interconsultas e elaboração de ações estratégicas, como por exemplo, as duas situações a seguir.

A primeira delas é referente ao desdobramento de uma interconsulta realizada na saúde bucal que demandou um processo de conscientização sobre a importância do aleitamento materno e sobre as perspectivas de futuro - estudos e profissionalização - de uma gestante adolescente de 17 anos. Ela trabalha informalmente em uma feira livre e, por este motivo, informou que não pretendia amamentar em livre demanda e que seguiria como na amamentação do primeiro filho com oferta exclusiva de fórmula infantil. Diante deste panorama, foi refletida a possibilidade dela esvaziar o seio e armazenar o leite materno em recipientes para oferecer ao bebê durante o tempo em que estiver fora de casa.

A segunda diz respeito a uma mulher em sua quarta gestação com índice de massa corporal muito baixo, histórico de tuberculose e surdez, sendo acompanhada por sua mãe em todas as consultas de pré-natal. Por meio de solicitação da enfermeira de referência, foram realizadas interconsultas com alguns dos residentes a fim de sanar dúvidas sobre o salário-maternidade, Programa Bolsa Família e planejamento familiar, além de atendimento para realização da primeira avaliação bucal de sua vida.

O período gestacional é visto como um momento intenso no qual a mulher precisa de uma rede de apoio, portanto, a atuação multiprofissional em uma unidade de saúde é fundamental para a garantia desse cuidado.

Na perspectiva de se constituir enquanto um dispositivo estratégico, a atuação do NASF-AB visa ampliar as ações ofertadas nos serviços em consonância com a melhoria da qualidade da Atenção Básica, pois por meio do compartilhamento dos saberes é propiciada a ampliação da resolutividade das equipes, conforme pontua o Caderno de Atenção Básica nº. 39, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2014.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014), o NASF-AB torna-se uma peça importante de articulação porque pode atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas adscritas ao território de abrangência da unidade de saúde. Além disso, a atuação é planejada em conjunto com as equipes apoiadas com o intuito de promover uma reflexão sobre a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população cadastrada.

Logo, os profissionais vinculados ao NASF-AB

podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento mental durante a gestação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 127).

Portanto, o NASF-AB deve ser identificado como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na Atenção Básica, contudo, cada profissional possui a sua singularidade, sendo essencial ter “a clareza de que o objeto comum de intervenção é o (apoio ao) cuidado à saúde da população, mas as singularidades/especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas.” (BRASIL, 2012a).

Conforme relatado anteriormente, a pandemia trouxe inúmeras mudanças, dentre elas está a evidenciação de demandas em decorrência da intensificação da desigualdade social, e conseqüentemente, essa alteração conjuntural impacta negativamente os fatores biopsicossociais. Neste sentido, a articulação com as residentes de nutrição e do serviço social foram fundamentais para o desenvolvimento de interconsultas pautadas na garantia da integralidade do cuidado.

A partir do entendimento do conceito ampliado de saúde, os determinantes e condicionantes de saúde são aspectos de extrema relevância para direcionar intervenções que possam garantir o cuidado integral. Assim, a entrada do Serviço Social nas interconsultas de pré-natal possibilita a sensibilização da gestante - e da sua rede de apoio familiar e social quando viável – acerca de seus direitos, além de orientações que atravessam o processo gestacional, como as expressões das relações sociais estabelecidas no cotidiano e o conhecimento do território como um local de referência e de vida.

De acordo com o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, do Conselho Federal de Serviço Social, uma das atuações competentes e críticas do Serviço Social consiste em “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”

(CFESS, 2010). As ações predominantes no atendimento direto com o usuário, em especial com as gestantes e seus acompanhantes, estão relacionadas aos âmbitos socioassistencial, socioeducativo e à articulação interdisciplinar.

Desta forma, a participação nas interconsultas de pré-natal oportunizou um espaço de escuta e acolhimento; a democratização das informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais; o acesso aos serviços; o fortalecimento dos vínculos familiares com o intuito de incentivar a gestante e seus familiares a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; dentre outras possibilidades. Durante os atendimentos foram abordadas as temáticas sobre maternidade e direitos trabalhistas, paternidade, amamentação, redes de apoio, equipamentos intrasetoriais e políticas sociais pertinentes às especificidades de cada gestante.

No que diz respeito a atuação da nutrição no cuidado do pré-natal, por razões de afastamento, a residente ficou limitada com o trabalho remoto, porém, parte da equipe de residentes a procurou para sanar dúvidas de gestantes que estavam sendo acompanhadas pelas equipes de referência da unidade. Visto que o estado nutricional é de suma importância no período gestacional, as recomendações de promoção de alimentação saudável são indispensáveis para a saúde do binômio mãe-filho (NIQUINI *et al.*, 2012).

Assim, diante da identificação da necessidade de orientações mais específicas sobre alimentação e nutrição, os residentes que acompanhavam presencialmente as consultas realizadas na Clínica entravam em contato com a nutricionista residente para conhecimento do caso, com informações importantes sobre a saúde da usuária. Dessa forma, as orientações ocorreram por meio da teleconsulta, sendo feita uma anamnese sobre o atual estado de saúde e condições de vida, como renda, hábitos alimentares e queixas.

Os agravos como diabetes gestacional, constipação, náuseas e anemia foram relatados pelas gestantes atendidas e sanados diante de recomendações específicas pelo telefone ou enviados posteriormente por orientações digitalizadas pelo WhatsApp, além de inclusão de receitas com base nos alimentos in natura ou minimamente processados, como forma de variar a alimentação e incluir alimentos importantes para o desenvolvimento do bebê, manutenção do estado nutricional e ganho de peso ideal da mãe por meio da promoção da alimentação adequada e saudável.

Ainda que a atuação dos residentes multiprofissionais tenha ido ao encontro da garantia da assistência integral da linha de cuidado abordada, é imprescindível destacar algumas reflexões feitas no decorrer da elaboração desta intervenção.

Conforme evidenciado, a pandemia demandou reconfigurações no processo de trabalho da unidade de saúde e priorizou a linha de cuidado referente ao pré-natal. Contudo, as demais linhas de cuidado, dentre elas: a de hipertensão e diabetes, saúde da mulher e saúde bucal não tiveram a mesma priorização de atendimento, causando impactos no cuidado e na assistência integral dos usuários diante da pandemia.

Outro fator importante diz respeito a não realização de VD pelos ACS às gestantes, que foi percebida ao longo da tabulação de dados da planilha supramencionada. Apesar disso, durante a análise de dados a partir do prontuário eletrônico, pode-se observar que as VDs acerca do acompanhamento das gestantes e puericultura foram registradas regularmente como se tivessem realmente ocorrido, o que não condiz com a realidade.

Isto evidencia as dificuldades existentes no planejamento e organização dos fluxos de trabalho, pois embora as visitas tenham sido paralisadas, a busca ativa por gestantes e o acompanhamento pelos agentes de referência são de extrema importância para a comunicação intraequipe e a inserção delas nas Redes de Atenção à Saúde. Portanto, a falta desse resultado reverbera negativamente a interlocução fragilizada entre os profissionais no processo de trabalho em saúde e a desmotivação dos profissionais pela inexistência de uma gestão participativa e compartilhada.

Além disto, um elemento que também perpassa a atuação dos ACS e reflete na análise de dados deste trabalho e de demais levantamentos da unidade é referente ao preenchimento irregular do campo raça/cor no prontuário eletrônico sem levar em consideração a autodeclaração do usuário. A ausência deste fator impediu a realização de uma reflexão acerca das questões de gênero, racial e o acesso das gestantes ao serviço de saúde, pois é inegável que os

negros têm menor acesso aos serviços de saúde institucionais, bem como a serviços preventivos e curativos, em comparação a outros povos. A população negra é aquela que demonstra menores condições de saúde e tem a menor cobertura de seguro saúde. (SILVA *et al*, 2020, p.5).

Em suma, apesar desta experiência ter sido atravessada pelas limitações citadas anteriormente, a garantia do cuidado e da assistência integral foi propiciada por meio da atuação entre os residentes e a equipe mínima. A relação entre estes profissionais ocorreu

na tentativa de acolher as demandas apresentadas pelas gestantes e de outras identificadas ao longo dos atendimentos realizados na pandemia, facilitando o desenvolvimento da atenção à saúde de maneira mais abrangente e longitudinal.

Espaço de cuidado como ferramenta para a saúde do trabalhador

Resumo: Em momento anterior à pandemia, a equipe de residentes identificou o sofrimento dos trabalhadores da unidade de saúde causado em grande parte pela instabilidade empregatícia decorrente da transição da OSs para um novo tipo de terceirização, um processo de trabalho fragmentado e violência armada no território. Esta situação foi agravada pelo surgimento do novo coronavírus, o que intensificou a necessidade de intervenções para a promoção do cuidado dos profissionais da unidade. Foi pactuado com a gestão da unidade um encontro semanal com os profissionais da clínica, respeitando o distanciamento social, para a realização de atividades grupais que promovessem alívio do estresse rotineiro da saúde pública.

Objetivos: Propor e implementar intervenções para a redução do sofrimento dos profissionais atuantes na CF.

Metodologia: Desenvolvimento do espaço de cuidado que implica no encontro semanal dos profissionais da clínica, com duração entre uma e duas horas de atividade, com rodas de conversa entre os profissionais, elaboração de oficinas expressivas articuladas com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), promoção de atividades de relaxamento e alongamento.

Resultados esperados: Construção de um espaço de escuta e acolhimento dos profissionais da unidade. Alívio das tensões provocadas pela precarização das relações e condições do processo de trabalho. Estabelecimento de vínculo entre os colegas de trabalho.

As oficinas terapêuticas podem ser compreendidas como atividades grupais geralmente realizadas em âmbito extra-hospitalar que têm como intuito promover a sociabilização, o exercício coletivo da cidadania, a expressão de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades, a inserção social entre outros, de acordo com o Ministério da Saúde (1991, *apud* PÁDUA e MORAIS, 2008).

Estas atividades grupais devem contar com a participação de profissionais, monitores e/ou estagiários e podem ser subdivididas em três. São elas: “oficinas expressivas”, que consiste na elaboração de atividades de expressão plástica, expressão

corporal, expressão verbal, expressão musical, fotografia e teatro; “oficinas geradoras de renda”, que consiste no aprender de técnicas e atividades que possam servir como instrumento de geração de renda, e; “oficinas de alfabetização”, que consiste na oferta aos usuários que não puderam exercitar a escrita e a leitura, se caracterizando assim como um importante instrumento de produção de cidadania (BRASIL, 2004).

Dito isso, o presente relato tem como intuito trazer a experiência de Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família frente à criação de um espaço de cuidado para os profissionais de saúde de uma Clínica da Família situada no município do Rio de Janeiro diante do cenário da Pandemia da COVID-19. Destaca-se que todos os encontros deste âmbito foram realizados às quintas-feiras, no auditório da clínica, com o devido distanciamento social, no período entre os meses julho e setembro, com duração aproximada de uma hora e meia a duas horas.

Atividades desenvolvidas

- Roda de Conversa

Pensando em promover um espaço de cuidado aos profissionais da unidade, como atividade para o primeiro encontro, a equipe de residentes optou por uma roda de conversa, a fim de dialogar sobre a proposta e ouvir dos participantes aquilo que eles consideravam importante falar, seja sobre a proposta em si, seja sobre seus afetos. Nesse primeiro encontro, o espaço contou com treze participantes, dentre eles grande parte da equipe da odontologia, agentes comunitários de saúde, enfermeira e auxiliares de serviços gerais (ASG).

Inicialmente, com o intuito de conectar os profissionais com a atividade, a psicóloga da equipe realizou um trabalho de consciência corporal e conexão com o momento presente. O trabalho consistiu em colocar uma música instrumental que pudesse acalmá-los, escapando um pouco de toda aceleração característica do ambiente de trabalho em uma clínica da família. Paralelo a isso, a residente cuidou de percorrer um caminho mental com os participantes, começando na noite anterior, ajudando a lembrar como cada um tinha se preparado para a dormir, como foi a noite de sono, o despertar, como foi o trajeto até o trabalho, a chegada e todo dia até o presente momento.

Quando a psicóloga percebeu que todos os profissionais, inclusive os demais residentes, estavam aparentemente conectados com o “aqui e agora”, sem realizar movimentos corporais que demonstrassem inquietação, como no começo da dinâmica, a proposta passou a ser de que eles pudessem sentir seus corpos: como estavam sentados,

se estavam confortáveis naquela posição, se a face estava enrijecida ou relaxada, se os ombros estavam leves ou pesados, como estava o contato das diferentes partes do corpo com as superfícies, como estava o toque da temperatura ambiente na pele etc. Nesse momento, foi possível observar muitos se ajeitando e/ou alongando, como se estivessem se dando conta de seus corpos. Aos poucos, foram convidados a abrirem os olhos, observando o espaço em que estavam e também como estavam se sentindo.

As faces estavam relaxadas e algumas até mesmo demonstrando sono quando a psicóloga procurou saber como cada um tinha vivido a experiência. Todos manifestaram comentários positivos e alguns falaram sobre terem percebido seus corpos como há muito não faziam. A profissional que estava conduzindo o primeiro momento aproveitou para checar com os demais há quanto tempo não olhavam para si, para os sinais que os corpos dão, como foi voltar a atenção para isso etc. A resposta prevalecente foi a atribuição da pouca atenção a si a correria cotidiana. Seguindo por esse caminho e abrindo a conversa para todos, sem que houvesse alguém na figura de moderador, a psicóloga informou que aquele espaço era justamente para que todos pudessem falar de como os corpos e as vidas estavam diante do cenário pandêmico.

No lugar de troca que foi criado, os profissionais tiveram acesso às diferentes realidades: souberam das ASG que estavam se expondo, limpando salas usadas por usuários contaminados pela COVID-19, com seus salários atrasados; de uma profissional que precisou se mudar em meio a pandemia por não ter condição de arcar com o aluguel frente à queda na renda de seu marido autônomo; pessoas que perderam entes queridos em decorrência do novo coronavírus; quadros de ansiedade e distúrbio do sono que se manifestaram diante do contexto atual etc. Observou-se um espírito de acolhimento e empatia durante a roda de conversa. A psicóloga aproveitou para reforçar a importância desse espaço de troca e também a necessidade do exercício da paciência especialmente no momento atual, compreendendo que em diferentes proporções todos estão vivendo a atualidade de forma delicada.

Ao final, a equipe de residentes pactuou a realização semanal do espaço e reforçou a ideia do espaço como um lugar de gestão coletiva, onde todos poderiam pensar juntos nas atividades a serem realizadas e em formas de sustentar a existência dessa conquista junto à gestão da unidade.

- Meditação Guiada

A meditação é uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS) e está inclusa no manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.

Segundo o manual, a meditação é uma

prática mental que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, ensinando a não se deixar influenciar por eles e compreendê-los como fluxos mentais. Coloca o indivíduo num local de equilíbrio e leveza, no centro de si mesmo. Suas técnicas envolvem a concentração, para focar ou “esvaziar” a atenção, produzindo efeitos no campo mental e físico de harmonização dos estados mentais e da consciência para a promoção do bem-estar, presente em inúmeras culturas e tradições (BRASIL, 2018b, p. 50).

Tendo consciência dos benefícios da prática da meditação, o farmacêutico residente entrou em contato com a Letícia Barreiro Gomes, farmacêutica, terapeuta Ayurvédica e Vice-Diretora de Pesquisa e Inovação da ENSP, que possui, há dois anos e meio, um grupo de *WhatsApp* no qual promove encontros presenciais para a prática da meditação. Devido à pandemia e o afastamento social, a mesma passou a gravar áudios com meditações guiadas no grupo para que a prática não se perdesse.

Foi solicitada a autorização da Letícia para a reprodução de alguns áudios nos encontros do ‘Espaço de Cuidado’. Uma vez com a autorização concedida, os residentes prepararam um ambiente convidativo, com baixa luminosidade, silencioso (dentro do possível), com música ambiente relaxante com sons da natureza e aroma produzido com óleos essenciais de camomila, lavanda e hortelã que apresentam função de aliviar a ansiedade e estafa emocional proporcionando tranquilidade e bem-estar nos participantes da atividade.

A prática foi realizada com 15 profissionais e teve duração de cerca de uma hora e meia, somando o tempo da meditação com a discussão sobre a atividade após seu término. A meditação ocorreu de forma harmoniosa com entrega integral de todos os participantes. Inicialmente alguns tiveram dificuldade em se concentrar nos exercícios mentais que eram pedidos, mas ao longo do processo alcançaram o objetivo de relaxamento. Outros emergiram desde o começo na proposta e alguns conseguiram até dormir durante a atividade. Ao final, todos ficaram gratos pela oferta da meditação no ‘Espaço de Cuidado’ e relataram alívio do estresse emocional provocado por situações

rotineiras agravadas pelas questões pandêmicas, esquecimento momentâneo dos problemas externos, renovação de energia e sensação de bem-estar.

- Oficinas de Mandala e Macramê

Com foco nas oficinas de Mandala e de Macramê, destaca-se que estes encontros foram coordenados em momentos distintos pela residente de enfermagem e contou com o apoio e presença de todas as demais categorias profissionais de residentes. Os materiais utilizados foram: para a oficina de mandalas, tesouras, linhas de lã, palitos de churrasco, e cola de isopor; para a oficina de macramê, tesouras, escova de pentear, barbante 24 fios e galhos de madeira. Destaca-se ainda que os encontros contaram com cerca de 10 e 18 participantes respectivamente.

Durante as oficinas, os integrantes do grupo sentaram-se em círculo, de forma que os materiais ficassem dispostos no centro e todos pudessem compartilhá-los. Foram colocadas músicas nacionais conhecidas com o intuito de propiciar um ambiente mais leve e descontraído, assim, em alguns momentos pode-se observar que alguns integrantes se sentiam à vontade a ponto de cantar alguns trechos das músicas. Percebeu-se, no decorrer do encontro, uma forte postura de cooperação e integração ao passo que, profissionais que antes não tinham troca e interação, passaram a interagir e a se comunicar durante as atividades propostas. Além disso, à medida que um participante terminava sua produção artística e percebia que algum outro integrante do grupo apresentava alguma dificuldade, prontamente se disponibilizava a ajudá-lo.

No final de cada encontro foi aberto um espaço para que todos pudessem se expressar em relação a como se sentiram no decorrer da atividade, o que acharam da escolha do material e do resultado final de sua produção artística. Os participantes disseram ter gostado das técnicas e dos materiais utilizados, sentindo-se contentes com o resultado final e relatando redução de estresse e ansiedade, dizendo ainda que terminaram as atividades muito mais calmos e que não sentiram o “tempo passar”. Reforçaram ainda a importância e a potência daquele espaço como ferramenta de relaxamento e de aproximação entre os trabalhadores, principalmente no contexto pandêmico, uma vez que se permite o conhecimento e reconhecimento dos sofrimentos e anseios do outro. Os que participaram solicitaram a oferta de novas técnicas como estas e, os que não puderam participar, solicitaram que as atividades fossem novamente ofertadas.

- Alongamento

O sedentarismo é um dos fatores de risco para agravos à saúde mais prevalentes na população mundial e brasileira, sendo identificado atualmente como um importante problema de saúde pública nos mais diferentes segmentos (SIQUEIRA, 2009). Antes da atual pandemia vivenciada pelo novo coronavírus, o sedentarismo já era considerado como tal. De acordo com a OMS, milhões de mortes pelo COVID-19 poderiam ter sido evitadas se a população global fosse mais ativa (ACT, 2020).

Assim como as demais ações desenvolvidas nesse espaço para a melhora da saúde do trabalhador, foi proposto pelo residente de educação física, antes do início das atividades, momentos de exercícios físicos como alongamentos e ginástica laboral (GL). Essas práticas vêm ganhando espaço como ferramenta importante no processo de promoção da saúde do trabalhador e prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (NETO *et al.*, 2017).

Com a intenção de diminuir estes impactos na saúde dos trabalhadores da clínica, as atividades físicas propostas nos encontros tiveram um excelente retorno dos participantes, sendo uma atividade sempre presente quando o profissional conduzia o encontro, ocorrendo três vezes, com a participação de 9 participantes em cada dia. Além do incentivo e orientação para a prática de exercício físico, também houve orientações relevantes quanto à "nova" forma de praticar atividades com o uso de máscara de proteção. Com o uso de máscara obrigatório em diversos espaços e também como item essencial para prevenção de contágio pelo vírus Sars-CoV-2, é necessária a adaptação a essas formas de praticar atividades físicas. O profissional soube orientar quanto ao uso das mesmas e seus efeitos fisiológicos durante as práticas, sendo necessário um período de adaptação como mencionado por Silva, Greve e Pedrinelli (2020) em seu estudo sobre piora e melhora no desempenho físico.

Como relatado pelos profissionais participantes, foi de grande importância a realização destas atividades neste espaço, sendo exposta a fragilidade e tensão que estes passam em seus turnos de trabalho, acarretando agravamento nas suas condições clínicas de saúde como dores musculares e alterações emocionais.

Faz-se importante destacar que o mês de setembro consiste no mês de Estágio Optativo dos residentes. Desta forma, os mesmos não mantiveram suas atividades na unidade de saúde em voga, ausentando-se durante todo o mês. Como forma de garantir o espaço de cuidado, houve um acordo mútuo estabelecido entre os residentes e

trabalhadores a fim de que os encontros fossem coordenados por algum profissional da Clínica. Apesar da mobilização, com a ausência dos residentes, apenas o primeiro encontro do mês de setembro foi realizado.

Com o término do Estágio Optativo e retorno dos residentes para a unidade, em decorrência das mudanças das agendas dos profissionais, de fluxos internos como a disponibilização de salas para a realização de testes rápidos e *SWAB*, das novas escalas estabelecidas e das demandas da residência, assim como o aumento do número de casos suspeitos de COVID-19 que buscavam a unidade, as atividades do ‘Espaço de Cuidado’ foram interrompidas.

Apesar da interrupção dos encontros, o “Espaço de Cuidados” teve grande relevância durante o período em que ocorreu. A equipe de residentes conseguiu aproximar os profissionais participantes e possibilitou a criação de vínculo entre os mesmos. Promoveu, ainda, o cuidado em saúde para os trabalhadores da clínica, amenizando o sofrimento e estresse relacionados à rotina intensa de atividades somada com situações da COVID-19.

O processo de trabalho e o uso da Comunicação e das Tecnologias da Informação e Comunicação em tempos de pandemia

Resumo: Com a suspensão de uma série de atividades e serviços ofertados pela CFESR durante a pandemia de COVID-19, observou-se a necessidade do fortalecimento de estratégias de comunicação e da incorporação de meios de Tecnologias da Informação e Comunicação para ampliar a oferta de ações e serviços e para a qualificação do processo de trabalho no âmbito da APS. Assim, a comunicação interna e as redes sociais apresentaram-se como potentes canais de troca de informação e construção de diálogo entre profissionais e usuários.

Objetivo: Reorganizar o processo de trabalho utilizando estratégias de Comunicação e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).

Metodologia: Reativação da página da CFESR na rede social; Compartilhamento das informações entre a CF e os usuários como ferramenta de educação em saúde nas redes sociais; Monitoramento da interação entre os usuários da rede social e a página da CF; Incorporação de novas tecnologias da informação e comunicação

Resultados esperados: Ampliar a oferta de informações fidedignas sobre os serviços. Garantir o vínculo longitudinal e a continuidade do cuidado à população. Facilitar a comunicação e a organização do processo de trabalho da unidade.

O cenário da pandemia demandou alterações no decorrer do processo de trabalho e algumas atividades foram paralisadas, conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Esta mudança fez com que a procura pela unidade de saúde Eptácio Soares Reis diminuísse, com exceção do atendimento aos casos de COVID-19 e de algumas linhas de cuidado prioritárias.

Desta forma, com o intuito de melhorar a comunicação entre a unidade de saúde e os seus usuários cadastrados, a equipe de residentes realizou a reativação da conta de uma rede social (*Facebook*) da CFESR que se encontrava fora de uso. Para a realização das atividades nesse canal, houve uma pactuação do residente de Educação Física com o gerente da unidade, ficando a administração desta conta a cargo de ambos. A página da CF nessa rede social foi atualizada e passou a ser utilizada e incentivada a troca de informações por esse canal. Até então, a página da CF contava com 940 usuários.

As ações na página por intermédio do residente ocorreram entre abril e agosto de 2020, totalizando um período de 123 dias, com edição e atualização dos dados e das publicações. A partir desse ponto, foi planejado o fluxo de postagens, sendo nesse momento inicial uma frequência maior no número de publicações semanais.

As publicações tiveram relações aos principais temas de saúde, tais como: a COVID-19, vacinação, amamentação, ações de prevenção e promoção à saúde, alimentação saudável, saúde bucal, informações sobre serviços prestados pela clínica, informações relevantes do território, dúvidas sobre o acesso ao auxílio-emergencial, dentre outros.

É importante destacar que, a elaboração dos conteúdos informativos supracitados, assim como a criação do material de divulgação online, exigiu a atuação multiprofissional da equipe de residentes considerando-se as distintas demandas de informação necessárias em um cenário de redução dos serviços presenciais ofertados em virtude da pandemia.

Esta atuação corresponde ao desenvolvimento do apoio matricial com o objetivo de atingir a clínica ampliada enquanto mecanismo para aumentar o escopo de trabalho na ESF. A clínica ampliada, para além do campo biológico, direciona para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, possibilitando a análise de outros aspectos do sujeito que possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2011, *apud* SANTOS *et al.*, 2017).

As postagens envolveram também temas específicos das diversas categorias profissionais da saúde. Como exemplo, podemos citar questões pertinentes sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira, alimentação saudável na pandemia, imunidade e higiene dos alimentos, receitas de água aromatizada, planejamento das refeições em tempo de pandemia, Agosto Dourado e amamentação, aleitamento materno e doação de leite materno, licenças maternidade e paternidade, calendário do auxílio emergencial, atividades físicas em casa, aulas à distância, grupo de atividade físicas online da clínica, exercícios físicos, entre outras. Questionamentos sobre vacinação, vacinas para crianças e bebês, orientações de higienização e prevenção de contágio por Sars-CoV-2. Também houve dúvidas sobre saúde bucal, manutenção de próteses dentárias e escovação. Desta forma, estiveram envolvidas as seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Serviço Social.

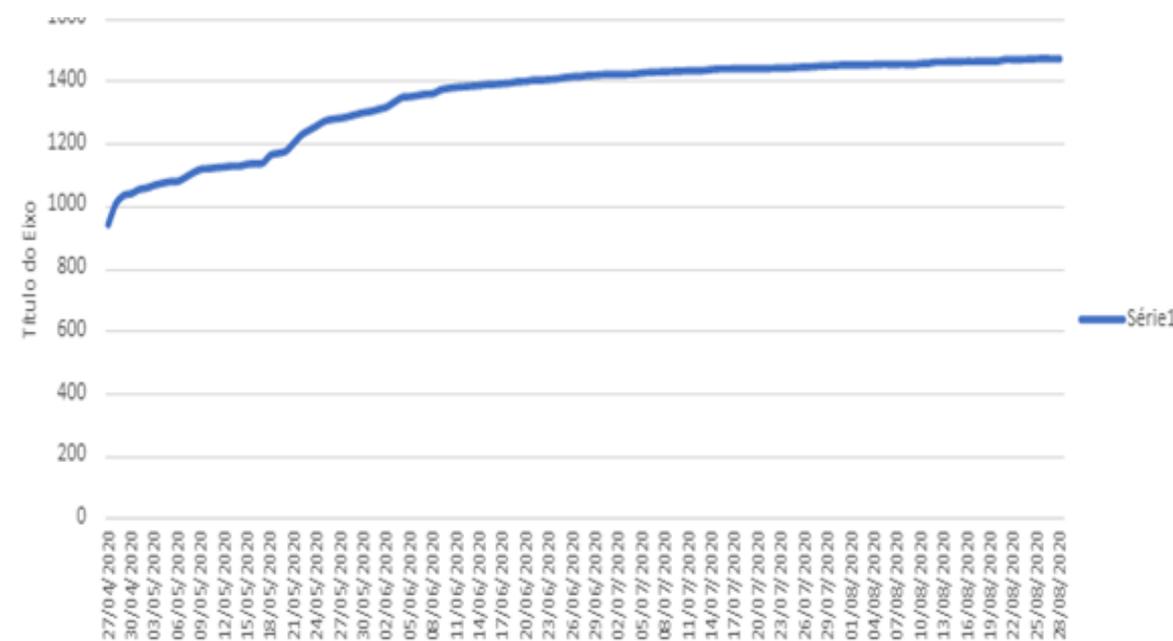
Dito isso, para acompanhar o desempenho da página foram selecionados cinco principais métricas fornecidas pela plataforma, que são:

1. “curtidas totais”, que dizem respeito ao número total de pessoas que curtiram a página - usuários únicos;
2. “novas curtidas diárias”, que refletem o número de novas pessoas que curtiram a página;
3. “engajamento diário”, referente ao número de pessoas que interagiram com a página, incluindo qualquer clique ou história criada;
4. “alcance total diário”, ou seja, o número de pessoas que tiveram qualquer conteúdo¹¹ da página ou sobre a página na tela; e por fim,
5. “impressões totais diárias”, condizentes com o número de vezes que qualquer conteúdo da página ou sobre a página entrou na tela de uma pessoa - sendo a contagem total.

Os dados aqui apresentados são referentes aos 4 meses (123 dias) de interações e atualizações na página da clínica. No gráfico 4, podemos observar a evolução no número de usuários que seguem e curtem a página, iniciada com 940 curtidas totais, e apresentando aumento expressivo de 56,3% de curtidas nesse período, chegando ao número de 1.470 curtidas totais. Esse aumento é muito importante, tornando a página da clínica mais expressiva e relevante, alcançando mais usuários com suas publicações, ampliando as diversas formas de comunicação da CF com a comunidade e aumentando o seu acesso a informações confiáveis.

¹¹ Isso inclui postagens, check-ins, anúncios, informações sociais de pessoas que interagem com a página e muito mais - usuários exclusivos.

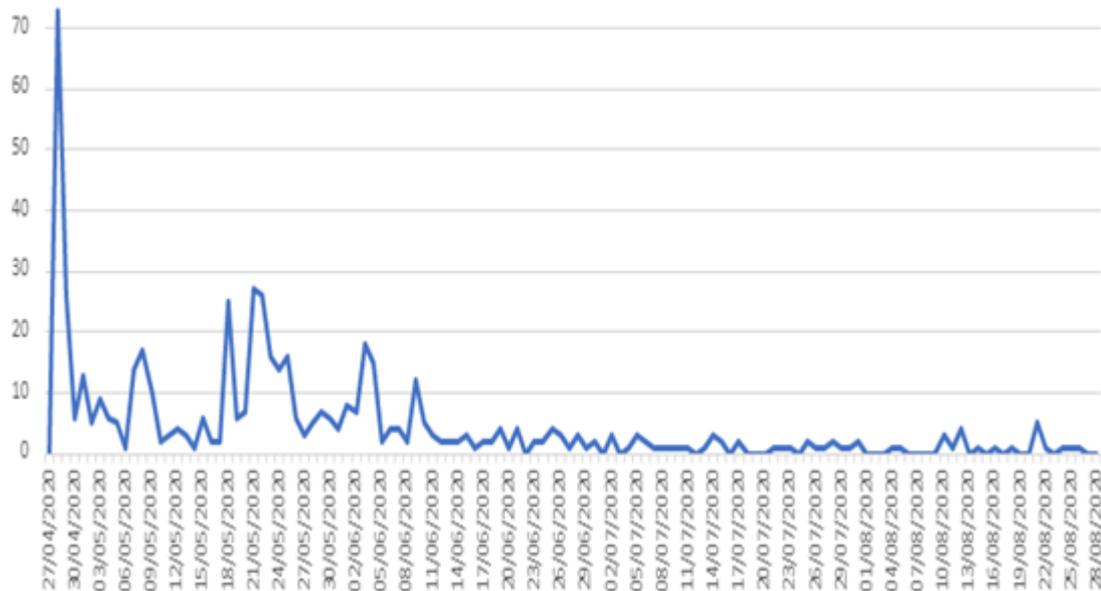
Gráfico 4 - Evolução e total de curtidas no período de abril a agosto de 2020.



Fonte: Elaboração própria.

Outra métrica relevante para o acompanhamento da evolução da página foi a de *Curtidas Diárias*. Com este dado, podemos atentar ao número de pessoas que começaram a seguir a página. Dos 123 dias de atividades, apenas em 24 deles não houve novas curtidas diárias, ou seja, a página ganhou novos usuários em 99 dias neste período, tendo uma média de 4,5 novas curtidas por dia (novos usuários que seguem). Devido à grande divulgação e envio de convites para usuários do Facebook curtirem a página, o primeiro dia de ações obteve o registro de 73 novas curtidas, como podemos analisar no gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5 - Curtidas diárias no período de abril a agosto de 2020

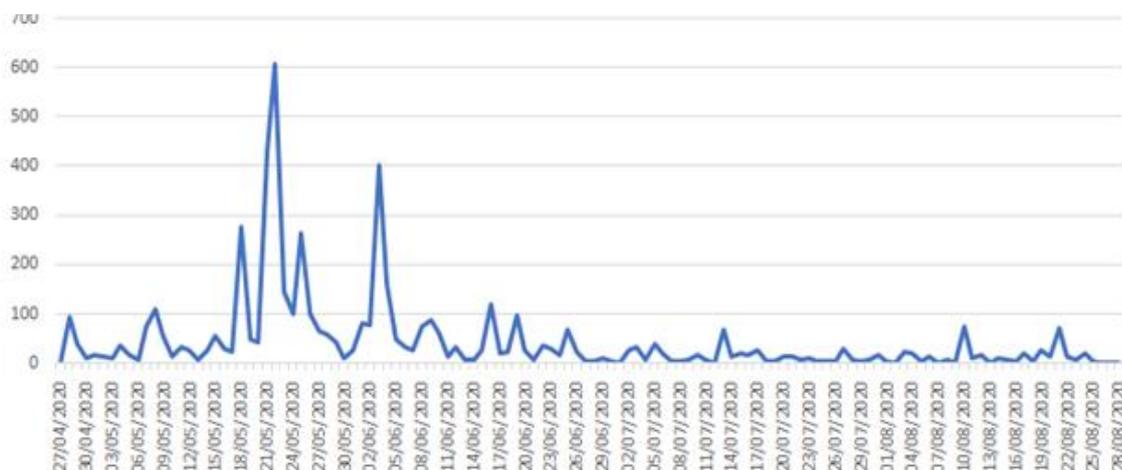


Fonte: Elaboração própria.

O *Engajamento Diário* tem grande relação com as publicações realizadas na página, esta métrica verifica a interação do público com as postagens. O número absoluto de engajamento diário foi de 5.276 pessoas interagindo com as postagens, publicações e atualizações da página. Para o período de 123 dias, a média desse engajamento foi de 42,9 pessoas interagindo por dia. No dia 22 de maio de 2020 a página registrou o pico no número de engajamento, chegando a 607 pessoas que interagiram com alguma publicação.

Ainda nesta data, houve uma postagem que contribuiu de forma expressiva para o alcance deste número. A postagem se referia aos ACS enquanto profissionais da saúde que estão na linha de frente no enfrentamento da pandemia, pedindo maior respeito e admiração por esta categoria. Em sua maioria, as postagens com relação a COVID-19 tiveram maiores engajamentos, sendo diversas vezes compartilhadas por usuários. No gráfico 6 a seguir podemos visualizar estes picos no engajamento diário.

Gráfico 6 - Engajamento no período de abril a agosto de 2020

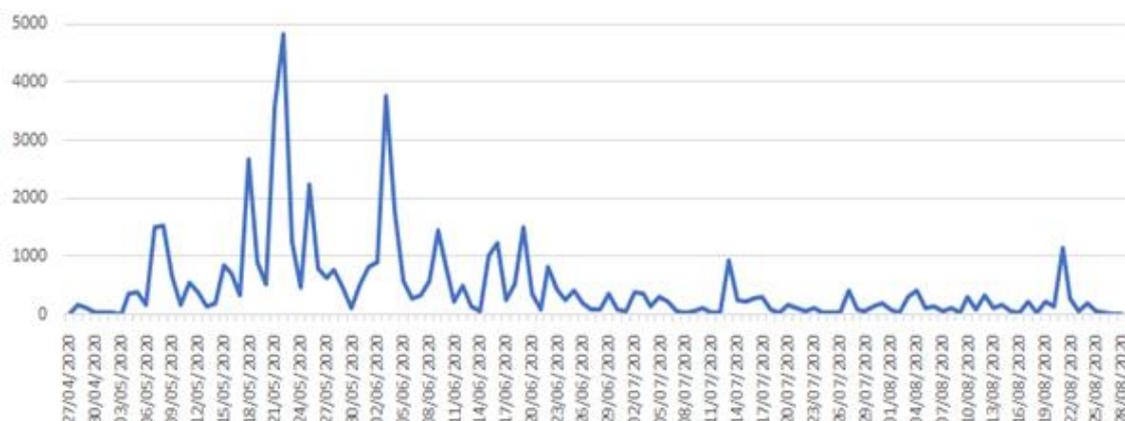


Fonte: Elaboração própria.

Para saber quantas pessoas tiveram acesso a qualquer conteúdo da página ou sobre a página, selecionamos a métrica *Alcance Total Diário*. No que se refere às publicações de educação em saúde e conteúdo de interesse da sociedade, foi expressivo o número de pessoas alcançadas pela página, chegando em 57.811 pessoas que receberam conteúdo. É impactante este dado devido a importância de socializar as informações entre as pessoas, principalmente neste momento de pandemia.

Na mesma data mencionada anteriormente, no quesito engajamento diário, a página alcançou 4.837 pessoas, sendo também impulsionada pela postagem que mencionava os ACS. Todos os dias foram registrados números de pessoas que tiveram acesso a quaisquer conteúdos da página, sendo os dois últimos dias desse período com o menor número de alcance total diário, somando 10 pessoas, conforme demonstrado no gráfico 7.

Gráfico 7- Alcance total diário no período de abril a agosto de 2020



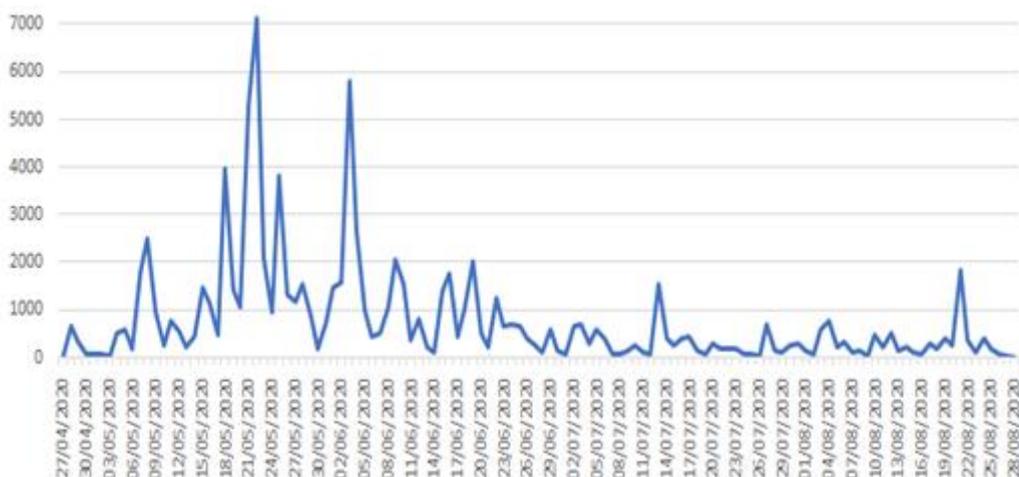
Fonte: Elaboração própria.

O número de vezes que qualquer conteúdo da página ou sobre a página entrou na tela de uma pessoa está descrito no último gráfico, representado pela métrica de Impressões Totais Diárias.

Como na métrica anterior, houve impressões diárias todos os dias no mesmo período supracitado. O número de vezes que chegou algum conteúdo da página na tela de usuários do *Facebook* foi equivalente a 94.139. Esse número é relevante visto que sinaliza o quanto as postagens podem alcançar, impactando principalmente as divulgações dos conteúdos.

O pico das impressões diárias (gráfico 8) também foi analisado na data citada anteriormente como nas duas últimas métricas, alcançando 7.124 impressões em um único dia. Seguida pela data de 3 de junho de 2020 com 5.788 impressões, sendo alavancada pela postagem de divulgação dos dados de COVID-19 no bairro da Pavuna, com informações coletadas da SMS-RJ.

Gráfico 8- Impressões diárias no período de abril a agosto de 2020



Fonte: Elaboração própria.

Além das interações nas publicações, foi utilizada a *Caixa de Mensagem* da página como ferramenta de comunicação direta com os usuários. A utilização dessa ferramenta foi de grande importância para manter a interação e aproximação com os usuários, também solucionando questões e dúvidas trazidas pelos mesmos.

Para cada questão apresentada pelos usuários por meio da ferramenta de mensagens, foi proposto um questionário no qual o usuário respondia se “sua questão foi resolvida?”, “parcialmente resolvida?”, “não resolvida” no final do contato. No total, foram realizados 54 contatos por mensagem, destes, 35 responderam o questionário: 30 responderam que suas questões foram resolvidas, 2 foram parcialmente resolvidas e 3 não foram resolvidas.

Em sua maioria as questões foram sobre serviços ofertados pela clínica, tais como se havia vacinação, consultas eletivas, procedimentos e retirada de medicações na farmácia, sendo possível esclarecer essas dúvidas de forma qualificada no momento do contato realizado na plataforma. Outro ponto importante foi a resolução de problemas pelas mensagens, tais como: remarcação de consulta, encaminhamento para o acolhimento no serviço correto (ex.: demanda de suspeitas de COVID-19), informe sobre falta de vacina e suspensão temporária de alguns serviços (ex.: dia com falta de água).

A organização do fluxo das mensagens ficou a cargo da equipe de residentes, onde após receber as mensagens dos usuários, era acionado um profissional para solucionar a questão trazida. As questões que abordavam temas relacionados às categorias dos residentes, estes mesmos ficaram responsáveis pelas orientações.

A caixa de mensagem também foi utilizada como forma de ingresso de usuários da clínica para os grupos de *WhatsApp* “Nutrição Online” e o “Grupo de Atividades Físicas Online”, coordenado pela residente de nutrição e o residente de educação física, respectivamente. No momento de contato, o usuário disponibilizava o número do celular para que o mesmo fosse adicionado ao grupo pretendido.

Esse modelo de interação com os cadastrados trouxe como benefício um atendimento direto, sem a necessidade do usuário buscar orientação presencialmente na clínica, proporcionando um melhor fluxo no acolhimento da unidade, impactando positivamente no processo de trabalho da triagem. Outro ponto positivo nesse formato de comunicação foi na manutenção do isolamento e distanciamento social, uma vez que o usuário não necessitou ir para a unidade de saúde para solucionar sua questão.

Além do grande potencial em transmitir e propagar informação e comunicação em saúde, alcançando uma grande gama de usuários, a página demonstrou uma excelente opção na aproximação com os cadastrados e usuários, tendo uma alta capacidade de resolutividade de casos simples de resposta, como por exemplo o direcionamento correto do usuário ao serviço prestado e na resolução de questões de dúvidas de serviços. Outro fator importante observado foi reduzir e mesmo evitar idas desnecessárias dos usuários à Clínica, considerando-se as orientações para a manutenção do distanciamento e isolamento social vivenciados neste momento de pandemia (AQUINO *et al*, 2020).

Com as eleições municipais previstas para o mês de novembro, houve a necessidade de paralisação das atividades da página da Clínica da Família. Isto porque a Lei Eleitoral nº. 9.504/1997 suspende o uso de páginas vinculadas ao poder público pela internet, rádio, televisão ou mídia escrita. Desta forma, a interação com os usuários por via das redes sociais abertas ao público teve que ser suspensa, fragilizando a estratégia de oferta de uma assistência ampliada à Saúde por meio das TIC.

Ainda com relação ao uso das TIC, Coelho *et al* (2020) descreveram o uso dessas tecnologias na pandemia, comparando o Brasil a diversos países, sendo percebida a limitada capacidade tecnológica brasileira. Ademais, ainda segundo o autor, existem questões socioculturais enquanto barreiras de acesso, nas quais o mesmo sinaliza na necessidade de discussão. Tais aspectos ainda precisam ser discutidos no âmbito das políticas sociais para ampliar o acesso da população às tecnologias disponíveis.

Ainda assim, mesmo com as desigualdades sociais e digitais presentes no território da unidade de saúde, o uso das TIC se mostrou como importante ferramenta facilitadora para a continuidade do cuidado em tempos de pandemia, uma vez que possibilitou

qualificar o processo de trabalho em saúde e promover uma maior assistência aos usuários.

Além disto, é importante ressaltar o apoio matricial ou matriciamento viabilizado pela equipe multiprofissional de residentes, uma vez que é identificado como uma ferramenta que altera a lógica de funcionamento das equipes de saúde com foco no trabalho colaborativo (CAMPOS, 1999), podendo otimizar a reorganização dos serviços principalmente em contextos atípicos.

Teleconsultas como alternativa para a continuidade do cuidado

Resumo: Diante da restrição de atendimentos e interrupção dos grupos de cuidado em saúde devido ao cenário pandêmico, observou-se pelo grupo de *WhatsApp* constituído por profissionais da clínica e pacientes do grupo de saúde mental ‘Paranoia’, pré-existente a pandemia, demanda de suporte psíquico e farmacêutico, anteriormente ofertado. Considerando a impossibilidade de encontro presencial, foi pactuado com a gestão da unidade o uso do aparelho telefônico institucional para realização de teleconsultas realizadas individualmente e previamente agendadas. Paralelo a isso, dada a necessidade de afastamento social e o trabalho remoto exercido pela nutricionista da equipe de residentes, a teleconsulta também foi ofertada a pessoas com demandas nutricionais.

Objetivos: Realizar atendimentos à distância com o intuito de promover a continuidade do cuidado.

Metodologia: Uso do teleconsultas como ferramenta para a realização de consultas à distância.

Resultados esperados: Resgate da promoção do cuidado em saúde a usuários que tiveram seus vínculos com a clínica fragilizados após a interrupção do grupo de saúde mental. Atenuação de demandas espontâneas recebidas pelas equipes mínimas. Possibilidade de retomada das consultas nutricionais, evitando que a necessidade de afastamento social e o trabalho remoto se apresentassem como barreira de acesso à saúde.

Em Março de 2020, quando a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) chegou ao município do Rio de Janeiro, a principal orientação como estratégia de prevenção e atenuação do avanço do vírus foi o afastamento social. Seguindo essa orientação, as clínicas da família foram orientadas a manter apenas o atendimento às demandas urgentes e interromper as atividades de cuidado e suporte aos usuários, principalmente aquelas relacionadas à atuação multiprofissional dos residentes e grupos de apoio.

No caso dos acompanhamentos de saúde mental, a principal estratégia oferecida pela clínica, para acolher um maior número de usuários e promover um vínculos entre eles, foi a criação de um grupo de Saúde Mental, denominado ‘Paranóia’, que acontecia semanalmente, com duração de duas horas, há cerca de três anos.

Apesar de contar com participantes de longa data, a presença dos usuários acontecia de forma rotativa, isto é, o grupo variava de um modo geral a cada semana, mas, independentemente dessa característica, o vínculo entre os participantes não se perdia, dado o tempo que muitos frequentavam e a interação importante, que ainda acontece, no grupo de *WhatsApp* criado.

Desde o seu começo, o grupo apresentou-se de forma potente, segundo relatos dos profissionais e dos usuários, sobrevivendo inclusive a mudanças de residentes e profissionais que eram os principais mediadores dos encontros. A partir da participação no grupo enquanto residentes durante dez meses presencialmente e oito meses virtualmente, por meio do *WhatsApp*, foi possível perceber que os frequentadores desenvolveram entre eles uma rede de apoio que vai para além dos muros da unidade, evidente diante de convites para retomada aos estudos, ida a aulas de zumba e demais atividades físicas, suporte emocional em episódios de crise de ansiedade, contato afetivo extensivo aos familiares dos membros etc.

Apesar da boa experiência apresentada, o grupo Paranoia vinha passando por um período delicado, quando o cenário pandêmico se instaurou. Após a demissão da psicóloga do NASF-AB, principal mediadora do grupo, sem perspectiva de contratação de um novo profissional da categoria, os encontros pararam de acontecer provisoriamente. Entendendo a obrigatoriedade de que haja nos grupos pelo menos um profissional da unidade como responsável, foi feita uma articulação dos residentes em busca de um trabalhador da equipe mínima, a fim de que este assumisse o grupo com o apoio dos residentes de psicologia e farmácia, quando a pandemia chegou ao Brasil e interrompeu esse processo.

Como reflexo da descontinuidade dos encontros, os relatos de crises de ansiedade e de pânico, conflitos familiares, tristeza profunda e uso indevido de medicamentos psicotrópicos aumentaram significativamente no grupo de *WhatsApp*, além de perguntas recorrentes sobre previsão de retorno das reuniões. Paralelo a isso, observou-se, por meio de demanda espontânea, a chegada de usuários que frequentavam o grupo apresentando quadros clínicos como taquicardia, sensação de aperto no peito, taquipneia e tremores nas extremidades que, após investigação profissional, foram associadas a saúde mental fragilizada, especialmente no cenário atual de pandemia.

Neste contexto, a continuidade do cuidado de usuários, com demandas para além da COVID-19, foi interrompida e o vínculo foi enfraquecido devido a barreira de acesso estabelecida para controle da disseminação da doença. Diante deste cenário, houve da

parte de algumas categorias a necessidade de resgatar a relação de confiança entre profissionais e pacientes e fornecer atendimentos à distância, visando a segurança de ambos durante esse período (SARTI *et al.*, 2020).

A fim de garantir a continuidade do cuidado em saúde e diminuição do sofrimento mental provocado pela interrupção do grupo, os residentes que já acompanhavam o grupo desde o início de suas atividades práticas na unidade, buscaram oferecer suporte psicológico e farmacêutico, por meio de teleconsultas realizadas individualmente em interconsultas.

De acordo com Kumpel (2018), espera-se o uso frequente da ferramenta da interconsulta a fim de garantir a integralidade e a resolutividade da assistência e de pensar de forma mais consciente sobre a realização de encaminhamentos para especialidades. Ainda de acordo com o autor, esta técnica visa integrar competências, saberes e práticas a fim de ampliar a intervenção da equipe na saúde dos usuários.

Com o potencial de superar distâncias, oferecendo cuidados em saúde em menor tempo, com redução de custos e da carga de trabalho, a teleconsulta se configura como uma ferramenta incentivada em diversos países. Mais reconhecida pelo atendimento médico, a telemedicina surgiu nos anos 50, porém, apenas na década de 90 que obteve crescimento a partir dos avanços da internet e demonstrando o papel da tecnologia como alternativa estratégica à descentralização e a ampliação do acesso aos atendimentos médicos (CATAPAN e CALVO, 2020).

Além do termo telemedicina, o termo telessaúde foi relacionado a mesma prática, porém, destinado a outras categorias de saúde, já que o nome telemedicina limitaria a aplicabilidade nos demais campos da saúde (*op. cit.*, 2020).

No Brasil, a iniciativa surgiu entre 1980 e 1990, entretanto, ganhou forças a partir de 2005, e anos depois mediante a Portaria nº2.546 GM/MS o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Telessaúde como forma de apoiar a APS. Assim, o termo telessaúde é estabelecido como o uso das novas tecnologias da informação e comunicação para atividades a distância vinculadas à saúde nos distintos níveis além do primário, possibilitando a interação entre os profissionais de saúde ou entre estes e os usuários do SUS (PIROPO *et al.*, 2015)

A intervenção com o uso da teleconsulta teve como objetivo restabelecer o vínculo com estes usuários afetados pela nova configuração do processo de trabalho na unidade de saúde, resgatar a continuidade do cuidado e atenuar a fragmentação do princípio da integralidade do SUS. Para alcançá-los, foi pactuado com a gestão e

administração da unidade o atendimento em ambiente com o mínimo de ruído possível e o uso do celular e internet institucionais para a realização das teleconsultas.

Após isto, foi comunicado aos membros do grupo de *WhatsApp* a disponibilidade da dupla de residentes para suporte virtual, dada a impossibilidade do retorno presencial. Houve orientação sobre como seria a lógica dos atendimentos, necessitando de agendamento prévio, aparelho com *WhatsApp*, internet razoavelmente estável e ambiente com privacidade durante a consulta.

Pensando na logística necessária para o usuário receber esse tipo de atendimento, é importante realizar uma análise crítica sobre a desigualdade de acesso também no que refere ao uso da internet para o cuidado em saúde. Isto é, a ferramenta possibilita o acesso remoto aos serviços disponíveis na clínica em tempos de limitações devido a pandemia, mas não garante que todos tenham possibilidade de usufruir da mesma. Na presente experiência, por exemplo, ocorreu a situação de um usuário assíduo do grupo, em profundo sofrimento psíquico, mas que não possuía meios para fazer a teleconsulta. Neste caso, de forma extraordinária, houve uma flexibilização e o acompanhamento foi realizado de forma presencial.

De modo geral, os usuários demonstraram contentamento ao sentirem-se assistidos nesse sentido. Alguns demonstraram interesse, mas optaram por esperar o retorno, devido a inadaptação com a ferramenta. Outros se propuseram a tentar e já nos primeiros contatos ficaram evidentes os quadros de saúde mental fragilizada, intensificação da frequência de crises e descompensação no uso dos medicamentos.

Apesar das limitações para alguns, o dispositivo, iniciado em julho de 2020, revelou-se potente no que tange ao cuidado e educação em saúde, pois a partir dele foi possível fornecer suporte psicológico e farmacêutico, orientar sobre os mitos e verdades relacionados a COVID-19, principalmente mediante as *fake news* relacionadas a existência de um tratamento precoce não comprovado, amenizar as tensões dos usuários, identificar demandas relacionadas a outras categorias, como Educação Física e Nutrição, e promover um trabalho multiprofissional, ocasionando na visível reorganização do processo de trabalho quanto a alguns atendimentos e na retomada e aumento do vínculo anteriormente adquirido.

Neste mesmo contexto, alguns grupos com maior risco de contágio e complicações devido à infecção do coronavírus tiveram suas rotinas afetadas. Como forma de mitigar a transmissão da doença, em especial nesses grupos, o isolamento social foi reforçado. Os principais grupos alertados foram pessoas a partir de 60 anos de idade

e/ou com condições de saúde crônicas pré-existentes como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças crônicas respiratórias e câncer, além de estar em condições como gestantes e puérperas (BRASIL, 2020m). Porém, um grupo pouco mencionado nas mídias são os que possuem alguma deficiência e que necessitam por parte das vezes auxílios de terceiros para tarefas diárias, considerando suas limitações nas condições físicas, portanto se tornando mais vulneráveis a contaminação do vírus (RADIS, 2020b).

Esse foi o caso da nutricionista residente da equipe, que possui deficiência física e foi afastada do trabalho na clínica da família, visto que a unidade de saúde é um local de alta transmissão do coronavírus. Por isso, foram necessárias adaptações no processo de trabalho da profissional, pois utilizar a teleconsulta não era algo habitual no campo de prática, até o momento da pandemia se instalar.

A clínica da família em estudo não contava com a presença da nutricionista do NASF-AB desde o início do ano, dificultando a abrangência do cuidado nutricional daquela área adscrita, desta forma foi necessário organização para sinalizar as demandas nutricionais de forma que as consultas fossem realizadas a distância, assim as teleconsultas em nutrição foram autorizadas em caráter excepcional para assistência nutricional de primeira vez (CFN, 2020). Desse modo os profissionais da clínica entravam em contato com a nutricionista passando o caso atendido na unidade, com a justificativa de necessidade de orientações nutricionais adequadas para sua situação de saúde. Para isso o usuário era perguntado durante a consulta o melhor dia e horário para a teleconsulta, a fim de poder proceder o agendamento e evitar falhas para efetivação do atendimento.

No que se refere às teleconsultas da nutrição, as principais demandas estiveram relacionadas às doenças crônicas como diabetes, hipertensão e demais agravos relacionados a doenças cardiovasculares, como dislipidemia, além de gestantes, que será abordado detalhadamente na experiência do pré-natal, apresentada no capítulo “Um olhar ampliado sobre a linha de cuidado do pré-natal no cenário da pandemia”. Dessa forma, a nutricionista entrava em contato pelo seu próprio celular, e dialogava de acordo com a anamnese que era feita presencialmente, perguntando sobre histórico de doenças pregressas e atuais, situação econômica, ocupação, queixas relacionadas a digestão, sono, hábitos de vida, como ingestão alcoólica, tabagismo, ingestão hídrica, além da rotina alimentar do indivíduo.

Com as informações coletadas, a profissional passava as orientações pertinentes à condição de saúde dos usuários, e perguntava se o mesmo queria as orientações por escrito, podendo ser enviada por e-mail ou pela plataforma de comunicação

WhatsApp. Após o teleatendimento a nutricionista avisava ao profissional que sinalizou sobre a demanda e periodicamente retornava o contato com os usuários questionando se estavam conseguindo seguir parte das orientações passadas, e quais eram as dificuldades encontradas, a fim de buscar soluções para o cuidado integral do cadastrado.

Porém, esse novo modo de atendimento se deparou com algumas limitações. Por vezes algumas ligações não foram atendidas ou se apresentavam como fora de área ou desligado, mesmo com diversas tentativas em dias intercalados, sendo assim, não ocorrendo a teleconsulta. Outro ponto limitante foi a não ocorrência de todas as avaliações antropométricas nas consultas, ocorrendo apenas se o profissional que sinalizou a demanda para a nutricionista tivesse feito presencialmente. Além da ausência do registro dos atendimentos no perfil do e-SUS da profissional, sendo possível somente que esses lançamentos fossem feitos tardiamente.

Portanto, de forma geral a utilização do uso de teleconsulta como forma de ampliar as formas de ações ao cuidado dos usuários adscritos da unidade foi considerada uma importante ferramenta, e apesar das limitações observadas, se constitui como potente meio para oferta de um serviço multiprofissional em tempos de pandemia. Possibilitou o atendimento de usuários desacompanhados, restabeleceu vínculos deles com a unidade e atenuou a barreira de acesso devido à COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho em saúde da Clínica da Família na qual os residentes estão alocados possui elementos de fragmentação anteriores à pandemia do novo coronavírus que foram intensificados a partir do contexto de calamidade pública, conforme contextualizado no decorrer do trabalho.

A fragilidade é exposta pelo distanciamento da atividade gerencial no planejamento e avaliação das ações junto aos profissionais e, conseqüentemente, pela demora na implementação e ineficiência de um fluxo de atendimento, inexistência de reuniões gerais, técnicas e de equipes, além da ausência do colegiado gestor e da demissão do NASF-AB. Estes fatores causam reflexos negativos na assistência prestada à saúde dos usuários adscritos à unidade.

Em relação a gestão e ao processo de trabalho, Mishima (1995) e Mattos (1988) evidenciam a atividade gerencial enquanto instrumento e parte do processo de trabalho, considerando-a como uma ação interdisciplinar que necessita de uma compreensão da dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes na organização dos serviços de saúde dentro de um dado processo de trabalho. Assim, o papel gerencial deve ser visualizado como um fenômeno relacional, posto que um gerente isolado do seu contexto e dos outros profissionais não viabiliza a qualificação da gestão de uma unidade de saúde.

Quando um gestor de saúde desenvolve apenas a função de administração centralizada, a dinâmica de atenção à saúde torna-se fragilizada. O gestor, em conjunto com os demais profissionais de saúde, possui a responsabilidade de qualificar e organizar o processo de trabalho garantindo um cuidado integral e humanizado com e para os usuários a partir da identificação das necessidades do território (MACHADO, 2018). Nesse sentido, ficou evidente durante a experiência na CF que um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento do processo de trabalho foi a fragilidade da gestão do trabalho, intensificada com a COVID-19.

Isto acaba refletindo na limitação enfrentada pelos residentes durante a formação em serviço, visto que muitas das ações e práticas em saúde que estes profissionais poderiam ofertar foram impossibilitadas por conta das características presentes neste campo de prática. Esta realidade vai de encontro à proposta do PRMSF da ENSP/Fiocruz,

que preconiza a qualificação dos profissionais de saúde nos cenários por meio da interação entre o território, a unidade de saúde, profissionais e usuários.

Ainda assim, mesmo com todos estes atravessamentos, a equipe multiprofissional de residentes se inseriu nos atendimentos prestados pelos profissionais das equipes mínimas a fim de garantir o acesso da população usuária aos serviços ofertados na unidade, e por meio do vínculo estabelecido, foi possível proporcionar uma assistência integral e longitudinal em meio à pandemia, conforme apresentado nos relatos de experiência.

No contexto da APS fica evidente o quanto é importante a abordagem multiprofissional no âmbito da ESF dado que a pandemia ressaltou o conjunto de necessidades diversas que a população tem e que se superpõem de maneira dramática nas condições de vida e saúde das pessoas. Assim, junto com demandas específicas do processo saúde-doença, as pessoas apresentam suas realidades, lacunas, ausências, em que o trabalho multiprofissional pode atenuar enquanto também qualifica o cuidado prestado, a partir da oferta diferenciada de ações e serviços. Foi principalmente neste cenário que a atuação da equipe de residentes se afirmou como um suporte às demandas apresentadas pelos usuários, profissionais da unidade e pela nova configuração do processo de trabalho que precisou ser adaptada à nova realidade.

Desta forma, as atividades acerca do olhar ampliado sob a linha de cuidado do pré-natal; o espaço de cuidado enquanto um local de escuta e acolhimento para os funcionários da unidade; a teleconsulta como adequação tecnológica para a continuidade do cuidado; e o uso das Tecnologias da Informação como ferramentas para a comunicação em saúde foram estratégias fundamentais para uma melhor qualificação do processo de trabalho da unidade de saúde no contexto explicitado.

O cenário de enfrentamento da pandemia no Brasil ficou marcado pelo intenso negacionismo do governo federal em relação à ciência e à gravidade da situação de saúde mundial. Esta postura, além da disseminação das *fake news*, acarretou a falha na coordenação de ações de combate à pandemia, como a promoção e o financiamento de medidas de saúde específicas de controle da disseminação do novo vírus.

Com a interrupção do suporte financeiro e redução das entregas de suprimentos essenciais para determinadas regiões, a população ficou negligenciada e desassistida, o que se torna ainda mais evidente quando levada em consideração a ajuda financeira emergencial às populações mais vulnerabilizadas, uma vez que este auxílio foi insuficiente, tardio e burocrático. Além disso, Ferigato *et al* (2020) indicam que apesar

das potencialidades da Atenção Básica para o enfrentamento estratégico da situação de calamidade de saúde, este setor também foi negligenciado, agravando o cenário de caos em todo o território nacional.

Por fim, a reflexão sobre o processo de trabalho na APS, tendo como cenário a pandemia do novo coronavírus, foi oportunizada pela inserção da residência multiprofissional nos campos de prática. A partir dessa vivência foi possível analisar os rebatimentos da precarização do SUS e da PNAB nas condições e relações de trabalho, bem como os impactos gerados por uma gerência fragilizada que inviabiliza o processo de gestão compartilhada com os profissionais para a tomada de decisões. Ao mesmo tempo, a pandemia da COVID-19 deflagrou a perversidade das históricas desigualdades nas condições de vida, trabalho em que vivem boa parte de nossa população, acrescentando-se mais uma vez, como fatores primordiais na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília, 2013.

ACT PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Sedentarismo causado pela Covid-19 pode vir a causar uma nova pandemia, alerta OMS**. 2020.. Disponível em: <https://actbr.org.br/post/sedentarismo-causado-pela-covid19-pode-vir-a-causar-uma-nova-pandemia-alerta-oms/18724/>. Acesso: 02 de dez. de 2020

ALMEIDA, B. **Agente de saúde em grupo de risco da covid será afastado imediatamente após apresentar atestado**. Hoje em Dia. 15 de Jul. de 2020. Disponível em: <<https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/agente-de-sa%C3%BAde-em-grupo-de-risco-da-covid-ser%C3%A1-afastado-imediatamente-ap%C3%B3s-apresentar-atestado-1.795607>>. Acesso em 17 de out. de 2020.

ALPINO, T. DE M. A. et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

ALVES, K. P. DE S. et al. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, nov. 2014.

ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. **O avesso do trabalho**. 1ª Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, R. **A nova morfologia do trabalho no Brasil – Reestruturação e precariedade**. Junho, 2012. Disponível em: <https://nuso.org/articulo/a-nova-morfologia-do-trabalho-no-brasil-reestruturacao-e-precariedade/>. Acesso em 10 de nov. de 2020.

_____. **Século XXI: Nova era da precarização estrutural no trabalho?** Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho – São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008.

AQUINO, E. M., SILVEIRA, I. H., PESCARINI, J. M., AQUINO, R., & SOUZA-FILHO, J. A. D. **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/>, Acesso em: 02 de set. de 2020.

ARAÚJO, F.; MALLART, F.; GAUDENZI, P. **Contextualizar o desmonte é essencial**. In: Portal Labcidade. Brasil, julho de 2020. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/contextualizar-o-desmonte-e-essencial/>. Acesso em 12 de nov. de 2020.

ARAÚJO, I.; SOARES de; CARDOSO, J. M.. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007. 148p.

ARAÚJO, T. C. C. F. **Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação**. Arquivos Brasileiros de psicologia, Rio de Janeiro, v.61, n.2, 2009.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A, FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Falta de EPI preocupa OMS**. São Paulo, 20 de Mar. De 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/falta-de-epi-e-teste-para-coronavirus-tambem-preocupam-a-oms/>. Acesso em 15 nov. 2020.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Os médicos e a pandemia do novo coronavírus (COVID-19)**. Abril, 2020. Disponível em: <<http://associacaopaulistamedicina.org.br/files/2020/pesquisa-apm-medicos-covid-19-abr2020.pdf>>. Acesso em 8 de nov. de 2020.

ASSUNÇÃO, A. A. **Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Caderno de Estudos, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº. 10.530, de 26 de outubro de 2020**. Brasil, outubro de 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/decreto-10530-26-outubro-2020-790760-norma-pe.html>. Acesso em 29 de out. de 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em 11 de nov. de 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Departamento de Saúde da Família. **Nota técnica nº. 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em 12 de nov. de 2020.

_____. **Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União; 4 fev; 2010a.

_____. Governo do estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Recomendações para a organização interna das equipes de atenção básica do RS frente à pandemia do COVID-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/18115312-nota-orientadora-para-equipes-de-ab-frente-a-pandemia-covid-19.pdf>>. Acesso em 8 de dez de 2020.

_____. Governo do Brasil. **Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus.** Brasil, fev. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em 16 de outubro de 2020.

_____. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.** Diário Oficial da União; 18 set; 2006b.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** Cadernos de Atenção Básica, n. 39. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Diário Oficial da União, 2008b.

_____. 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).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39 - DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em 10 de nov de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para manejo de pacientes com COVID 19**. Brasília, 18 de Jun. de 2020h. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--oesManejoPacientes.pdf>>. Acesso em 15 de dez. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília, 123 p., 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. 2020l.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1 ed. Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, ago. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. **Aprova as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências**. Brasília, dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Guia Prático de Gestão em Saúde no Trabalho para Covid-19**. Brasília, 16 de Jul. de 2020j. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/20/Guia-Pr-tico-de-Gest--o-em-Sa--de-no-Trabalho-para-COVID-19-20-07-20.pdf>>. Acesso em 14 de dez. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernoatencaobasica-diretrizesnasf.pdf>. Acesso em 18 de dez. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 41, Brasília, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020m. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em 8 de dez. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Orientações gerais sobre a atuação dos ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-sus APS**. Brasília, 2020g. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf. Acesso em 25 de dez. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Orientações para o registro do atendimento dos cidadãos com síndrome gripal no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS APS**. Brasília, 2020i. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/orientacoes_registro_sindrome_gripal_pec.pdf. Acesso em 25 de dez de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Digital**. Portal do Governo Brasileiro, 2020e. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/>. Acesso em 8 abr. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações gerais**. 2020k.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454**. Brasília, 20 de março de 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em 08 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 - **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em 12 de nov. de 2020.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 56 p., 2018b.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Saúde investe mais de R\$ 221 milhões para atenção a pacientes com obesidade, diabetes e hipertensão**. Brasília, DF 2020d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10236>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html . Acesso em 11 de mar. de 2020.

BAPTISTA, J.A.; CAMATTA, M.W.; FILIPPON, P.G.; SCHNEIDER, J.F. **Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa**. Rev Bras Enferm, v. 73, n. 2, 2020.

BARROSO, B. I. L. et al. **A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional**. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 28, n.3, p.1093-1102. Set. 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v28n3/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoARF2091.pdf>>. Acesso em 01 de jan. de 2021.

BEHRING, E. R. **Fundamentos de Política Social**. In: MOTA, A. E., *et al.* (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, ABEPSS, Ministério da Saúde, OPAS, OMS; 2006.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2.).

BELLO, L. **Dia Nacional da Habitação: Brasil tem 11,4 milhões de pessoas vivendo em favelas**. In: Agência IBGE (2019). Maio, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoasvivendo-em-favelas>. Acesso em 14 de dezembro de 2020.

BENITES, D. **Saúde Mental do Profissional da Atenção Primária à Saúde: Dificuldades e Necessidades dos Trabalhadores da ESF.** Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

BERNARDES, V. P., DIAS, L. F., PEREIRA, M. A., FERNANDES, M. E., RAIMONDI, G. A., & PAULINO, D. B. **Facebook® como Ferramenta Pedagógica em Saúde Coletiva: Integrando Formação Médica e Educação em Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 1, p. 652-661, 2019.

BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A. DE; PEDRAZA, D. F. **Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 637-651, fev. 2017.

BOCCHINI, B. **Coronavírus: pesquisa mostra que 50% dos médicos acusam falta de EPI.** Agência Brasil. São Paulo, 28 de Mar. De 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-04/coronavirus-pesquisa-mostra-que-50-dos-medicos-acusam-falta-de-epi>. Acesso em 23 de out. de 2020.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORTOLINI G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 44, p. e39, 2020.

BOTELHO, F; FRANÇA, I. **Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, 2018.

BOUSQUAT, A. et al. **A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 2019.

BRANDÃO, A. L. et al. **Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira.** Saúde em Debate, v. 44, n. 126, p. 678-693, set 2020.

BRITO, G. E. G. DE; MENDES, A. DA C. G.; SANTOS NETO, P. M. DOS. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 64, p. 77-86, 20 jul. 2017.

BRUCHÊZ, A; AVILA, A. A. F; FERNANDES, A. M; CASTILHOS, N. C; OLEA, P. M. **Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação: Análise Bibliométrica.** XV Mostra de Iniciação Científica, Pós- Graduação, Pesquisa e Extensão. Programa de Pós-Graduação em Administração – UCS. Caxias do Sul- RS, v. 6, n. 1, 2018.

BUENO, M.; MACÊDO, K. **A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras.** ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade, vol. 2, n. 2, pp. 306-318, 2012.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, e.2, rev. ampl., p.19-42, 2009.

CABRAL, E. R. DE M. et al. **Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19**. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, p. 1–12, 11 abr. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 1999.

CARABETTA JÚNIOR, V. **A Utilização de Mapas Conceituais como Recurso Didático para a Construção e Inter- Relação de Conceitos**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 3, p. 441–447, 2013.

CARLOS, W. Graham et al. **COVID-19 Disease due to SARS-CoV-2 (Novel Coronavirus)**. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 201, n. 4, p. P7-P8, 2020.

CASTRO, I. R. R. DE. **A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, 2019.

CATAPAN, S. C.; CALVO, M. C. M. **Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia**. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. Brasília, v. 44, n. 1, e. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022020000100304&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 10 de dez. de 2020.

CATO, V. R. C. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação**. *Rev. Odontol. Univ. Cidade de São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

CECILIO, L.C.O. **Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 232p, 2007.

CENTENO, AYRTON. **Brasil tem record de mortes de profissionais da enfermagem por covid-19**. *Brasil de Fato*. Porto Alegre, 19 de Jun. de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/19/brasil-tem-record-de-mortes-de-profissionais-da-enfermagem-por-covid-19>. Acesso 11 de dez. de 2020.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **CFN vai prorrogar o prazo para realização de atendimento online. 2020**. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/cfn-vai-prorrogar-o-prazo-para-realizacao-de-atendimento-online/>. Acesso em 10 de dez. de 2020.

COELHO, A. L.; MORAIS, I. A.; ROSA, W. V. S. **A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil.** In: Cadernos Íbero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/709/754>. Acesso em 27 de nov. de 2020.

COFEN. **Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por covid-19 no mundo.** Conselho Federal de Enfermagem. 28 de Maio de 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-covid-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html>. Acesso em 11 de dez. de 2020.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. Programa Acesso Mais Seguro. Julho, 2016. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>. Acesso em 11 de dez. de 2020.

CORREIA, M. DA C. B. **A observação participante enquanto técnica de investigação.** Pensar Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 30–36, 2009.

CUNHA, E.M.D; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciência & saúde coletiva, v.16, p. 1029-1042, 2011.

CURY, L., CAPOBIANCO, L. Princípios da História das Tecnologias da Informação e Comunicação Grandes Invenções. VIII Encontro Nacional de História da Mídia. Unicentro, Guarapuava, PR. 28 a 30 de Abril de 2011.

DAMACENO, A.N.; LIMA, M.A.D.S; PUCCI, V.R.; WEILLER, T.H. **Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, p. 14, 2020.

DAUMAS, R. P. et al. **O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.

DEFLEUR, M.; BALL-ROCKEACH, S. **Teorias da Comunicação de Massa.** 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. v. 1

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social.** 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. **A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo, SP: cortez, 1992.

_____. **O fator humano.** Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2005.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Decreto nº. 46.970 de 13 de março de 2020.** Rio de Janeiro, mar. de 2020. Disponível em:

<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjE%2C>. Acesso em 16 de out. de 2020.

ENSP. **Curso de educação alimentar e nutricional no programa bolsa família**. Rio de Janeiro, 2014.

ESTRELA, F. M. et al. **Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3431–3436, set. 2020.

EXAME. **Brasil está voltando ao mapa da fome, diz diretor da ONU**. Brasil, 12 mai 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/brasil-esta-voltando-ao-mapa-da-fome-diz-diretor-da-onu/>. Acesso em 3 nov. 2020.

FAUSTO, M. C. R. et al. **O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. *Saúde em Debate*, v. 42, n. SPE1, p. 12–14, set. 2018.

FELCHER, C. D. O. **Da pesquisa-ação à pesquisa participante: discussões a partir de uma investigação desenvolvida no facebook**. *Experiências em Ensino de Ciências*, v.12, n. 7, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<https://if.ufmt.br/eenci/artigos/ArtigoID419/v12n7a2017.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

FERIGATO, S. *et al.* **The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic**. *The Lancet*, v. 396, n. 10263, p. 1636, 21 nov. 2020.

FERREIRA, M. C. et al. **Estudo das relações comunicativas no processo de gestão de uma instituição de saúde**. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 6, p. 1560–1569, 6 ago. 2013.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

_____. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 5. Ed. – São Paulo: Globo, 2006. Disponível em: https://interpretacoesdobrasil.files.wordpress.com/2016/08/fernandes_a-revoluc3a7c3a3o-burguesa-no-brasil-ed-globo.pdf. Acesso em 02 de set. de 2020.

FIHO, J. M. J. *et al.* **A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19**. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 45, e 14, 2020 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e14.pdf>. Acesso em 03 de out. de 2020.

FILLIS, M. M. A. **Saúde do Trabalhador em Tempos de COVID-19: a experiência do município de Londrina**. *APS em revista*. V. 02, n.12, p. 106-113, jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/97/59>. Acesso em 02 de set. de 2020.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, C.M; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral: Uma proposta de organização da rede de saúde**. In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, SP: HUCOITEC, 2a. edição, 2004.

GALHARDI, C. P. et al. **Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. suppl 2, p. 4201–4210, out. 2020.

GANDRA, E. C. et al. **Fatores de riscos assistenciais relacionados à contaminação de profissionais de enfermagem por Covid-19: Uma revisão da literatura.** *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 53348-53360, 2020.

GIONGO, C. R. *Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. Temas psicol.* [online]; vol.23, n.4, pp. 803-814, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4a edição. São Paulo: Atlas; Cap. 4, p. 41-57, 2002.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1963-1970/>. Acesso em 15 de nov. de 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de gestão da Atenção Integral à Saúde. **Nota Técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ nº. 01/2020.** Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/NOTA-T%C3%89CNICA-SAPS-SGAIS-SES-RJ-No-01-2020.pdf>. Acesso em 12 de nov. de 2020.

GRABOIS, V. **Gestão do cuidado.** In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V (Orgs). *Qualificação dos Gestores do SUS.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.153-190, 2011.

GUARANY, Alzira M. B. **Trabalho docente, carreira doente: elementos que impactam a saúde mental dos docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Tese de doutorado, apresentada à ESS/UFRJ, dez/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018: Análise da Segurança Alimentar no Brasil.** Rio de Janeiro, 2020.

JAIME, P. C. et al. **Food and nutrition actions in primary healthcare: the experience of the Brazilian government.** *Revista de Nutrição*, v. 24, n. 6, p. 809–824, dez. 2011.

JUNQUEIRA, T. DA S. et al. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 5, p. 1459–1474, maio 2014.

KALICHMAN, A.O.; AYRES, J. R. C. M. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS.** *Cadernos de Saúde Pública*; v. 32, n. 8, 2016.

KUMPEL, W. F. **A Interconsulta como dispositivo importante para resolutividade na Unidade Básica de Saúde Morretes, Itapema-SC.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

LACAZ, Francisco Antonia de Castro et al. **Movimento de reforma Sanitária e movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n.8, p. 120-132, set. 2019. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300120&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300120&lng=en&nrm=isso). Acesso em 02 de set. de 2020.

LANA, R. M. et al. **Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 3, 2020.

LEÃO, L.H.C.; GOMEZ, C.M. **A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n.12, p. 4649-4658, ago. 2014. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04649.pdf>. Acesso em 02 de dez. de 2020.

LEÃO, M. M.; RECINE, E.. **O direito humano à alimentação adequada.** In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública.** São Paulo: Rubio; p. 471–488, 2011.

LEE, S. M.; KANG, W. S.; CHO, A. R.; KIM, T.; PARK, J. K. **Impacto psicológico do surto de MERS em 2015 em funcionários de hospitais e pacientes em hemodiálise em quarentena.** Compr Psychiatry; v. 87, p.123-7, 2018.

LIMA, L.VC.; ANDRADE, F.C.B. **O projeto terapêutico singular como estratégia de cuidado na Atenção Básica em Saúde: uma proposta de implementação no município de São Pedro do Piauí.** Brasil: s/d.

LUCIANO, L.; MASSARONI, L.. **A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e para além deles: a emergência do trabalho dos profissionais de saúde.** Portal da Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 06 de Maio de 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ufes.br/conteudo/falta-de-equipamentos-de-protecao-individual-epis-e-para-alem-deles-emergencia-do-trabalho>. Acesso em 02 de dez. de 2020.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MACHADO, M. H. **Gestão do Trabalho em Saúde.** In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html>. Acesso em 08 de dez. de 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, v. 42, p. 18–37, set. 2018.

MALAVÉ, M. M. **O papel das redes sociais durante a pandemia.** Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2020.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARX, K. **Capítulo V de O Capital.** Livro I. Ed. Boitempo, 2013. Disponível em: <https://coletivocontracorrente.files.wordpress.com/2013/10/tmps7j7bv.pdf>>. Acesso em 08 de abril de 2018.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MATHIAS M.; TORRES, R. **Na calada da noite, um golpe na Saúde da Família.** Redação Outrasáude, jan. de 2020. Disponível em:< <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-fim-do-nasf-a-estrategia-de-apoio-ao-atendimento-na-atencao-basica/> >. Acesso em: 09 de out de 2020.

MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação.** São Paulo: Loyola, 2002.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 41-66, 2006.

MATTOS, R. **Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional.** Rio de Janeiro: LTC/ ANFUR, 1985. Gerência e Democracia nas Organizações. 2ª ed. Brasília. Ed. Livros. Ltda. 1988.

MEDINA, M. G. *et al.* **Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em 02 de dezembro de 2020.

_____. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo),** 1996. In: FLEURY, S. (Org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; p. 125-143, 1998.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC; 2002.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1979**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

_____. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES, A. M. (2004). **Cultura organizacional e prazer e sofrimento no trabalho: Uma abordagem psicodinâmica**. In A. Tamayo (Ed.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 48-67). Porto Alegre, RS: Artmed.

MERLO, A. R. C. **Psicodinâmica do trabalho**. In M. da. G. Jaques & W. Codo (Eds.), *Saúde mental e trabalho: Leituras* (pp. 42-130). Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995. 300 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.116, pp.11-24. ISSN 2358-2898. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em 29 de outubro de 2020.

MOTA, B. **O fim do modelo multiprofissional na saúde da família?** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2020. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>>. Acesso em: 09 de out. de 2020.

MURATORI, M. ESTADO DE MINAS. **Lei Eleitoral restringe sites e redes sociais de prefeituras e câmaras municipais**. Agosto, 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/08/19/interna_politica,1177314/lei-eleitoral-restringe-sites-e-redes-sociais-de-prefeituras-e-camaras.shtml. Acesso em 27 de nov. de 2020.

NETO, J. P. M., FERREIRA, B. A., LIMA, I. C., OLIVEIRA, R. L. COLLARES, P. M., ANDRADE, R. F. **Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador: uma revisão da literatura**. *Encontros Universitários da Universidade Federal do Ceará*, Fortaleza, v. 2, 2017.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. In: *Temporalis*. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

NOGUEIRA, J. V. D.; SILVA, C. M. DA. **CONHECENDO A ORIGEM DO SARS-COV-2 (COVID 19)**. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA*, v. 11, n. 2, p. 115–124, ago. 2020.

NOGUEIRA, M. L. **Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho.** *Saude soc.* [online]. 2019, v.28, n.3, p.309-323. Epub Oct 07, 2019.

_____. **Impactos do neoliberalismo na política de saúde: a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a política de Atenção Básica à Saúde no Brasil.** In: Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. Cuba, 2018.

OAPS. **A quem interessa a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?** Matéria online. Salvador, Setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>>. Acesso em 09 de out. de 2020.

OPAS Brasil. **Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por covid-19 nas Américas.** Brasília, 02 de Set. de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812. Acesso em 9 de nov. 2020.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A.O.; KESSLER, F.H.P. "Medo pandêmico" e COVID-19: carga e estratégias de saúde mental. *Braz J Psychiatry* 2020.

PADUA, F. H. P.; MORAIS, M. de L. S. Oficinas expressivas terapêuticas: uma proposta inclusiva. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 45, ago. 2008. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 dez. 2020.

PEDRAZA, D. F et al. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. **Revista Enfermagem Uerj.** v. 24, n. 4, mai 2016.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, s/d. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em 16 de out. de 2020.

PEIXOTO, M. V.S., CARVALHO, S., da SILVA, F. A., SILVA, R. J., & SILVA, W. B. **Atenção básica à saúde no enfrentamento à COVID-19: perspectivas, desafios e a experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde da família.** *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação*, v. 7, n. 2, p. 55-66. 2020.

PESSÔA, L.R.; SANTOS, E.H.A.; TORRES, K.R.B.O.; FRANCO, C.M.; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

PINHEIRO, A. R. DE O.; CARVALHO, M. DE F. C. C. DE. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 121–130, jan. 2010.

PINTO L. F., Rocha C. M. F. **Inovações na atenção primária em saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local.** Ciên Saúde Coletiva; 21:1433–49, 2016.

PIROPO, T. G. DO N. et al. **Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano.** Saúde em Debate, v. 39, n. 104, p. 279–287, 2015.

RADIS. Radis Comunicação e Saúde. **Covid-19 e a invisibilidade das pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro, maio, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/covid-19-e-a-invisibilidade-das-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em 13 de nov. de 2020.

_____. **Saúde da família perde modelo do NASF.** Rio de Janeiro, mar 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf#access-content>. Acesso em 3 nov. de 2020.

RAMOS, E.A.; KATTAH, J.A.R.; MIRANDA, L.M.; RANDOW, R.; GUERRA, V.A. **Humanização na Atenção Primária à Saúde.** Rev Med Minas Gerais, v. 28, Supl. 5, 2018.

RECINE, E. et al. **Reflexões sobre a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o enfrentamento da Covid-19 no Brasil.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 33, 2020.

REVISTA DO SEMINÁRIO UFRJ EM DEBATE. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. SIQUEIRA, A. **A regulamentação do enfoque comercial no setor educacional via OMC/GATS.** Revista Educação. Mai/Jun/Jul/Ago 2004, Nº. 26. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n26/n26a11.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

RIBEIRO, M. A. et al. **(RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 2, p. 177–188, 8 jun. 2020.

RIBEIRO-SILVA, R. DE C. et al. **Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, set. 2020.

RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, nº 221.** Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/jornal/4814/#/p:13/e:4814>. Acesso em 4 de nov. de 2020.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota técnica da assessoria especial - atenção primária à saúde orientações sobre a prevenção e manejo da transmissão e infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2) e organização dos serviços de atenção primária à saúde do município do rio de janeiro.** Rio de Janeiro, n. 4, p. 18-22, 2020.

ROSA, E. C. **O Histórico das TICs nos países Brasil e Argentina e a democratização da universidade.** Revista de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, v. 5, n. 1, p.5-14, 2017.

SALVADOR, A. DE S. et al. **Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n. 3, p. 329–338, 1 jul. 2011.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E.E. **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, Mar. 2018.

SANTOS, L. DE M. DOS et al. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** Rev Saúde Pública, v. 40, n. 2, p. 346–352, 2006.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde.** Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em 30 de outubro de 2020.

SANTOS, R. A. B. DE G. DOS et al. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694–706, set. 2017.

SANTOS, N. M. DA S. DOS; ROCHA, V. A.; RIBEIRO, D. F. DA S.; BARBOSA, S. M.; LOPES, D. H. B.; BARROS, D. C. DE. **Olha o passarinho! do preto e branco ao colorido: construindo um diagnóstico situacional participativo.** Encontro Nacional de Saúde, Cultura e Arte-MCA, v. 8, n. 1, 20 mar. 2018.

SANTOS, R. A. B. de G. dos; UCHOA-FIGUEIREDO, L. da R.; LIMA, L. C. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf.** *Saúde debate* [online]; vol.41, n.114, pp.694-706, 2017.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 2, 2020.

SILVA, D. V. **Brasil é o 4º país com mais usuários no Facebook na quarentena.** CUPONATION Brasil. São Paulo, SP. 2020. Disponível em: <<https://www.cuponation.com.br/insights/facebook-2020>>

SILVA, K. L.; SENNA, R. R. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, N. N et al. **Access of the black population to health services: integrative review.** Rev Bras Enferm., v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020.

SILVA, P. R. S., GREVE, J. M. D’A.; PEDRINELLI, A. **During the coronavirus (covid-19) pandemic, does wearing a mask improve or worsen physical performance?.** Rev Bras Med Esporte, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 281-284. 2020.

SILVA, R.C.F. Sociedade Digital na América Latina. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Santos, São Paulo, 2007.

SILVA, V. C. e; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. **Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1365-1376. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1365.pdf>. Acesso em 30 de out. de 2020.

SILVA, V. C. da; ROCHA, C. M. F. **A comunicação em saúde no sistema único de saúde: uma revisão de literatura.** *Fazer em saúde coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitárias.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 133-143, 2014.

SIQUEIRA, F. C. V., NAHAS, M. V., FACCHINI, L. A., PICCINI, R. X., TOMASI, E., THUME, E., SILVEIRA, D. S., HALLAL, P. C. **Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

TATSCH, C. **Na pandemia, consumo de ultraprocessados quase dobra em faixa etária com maior risco.** *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 31 out. 2020. Sociedade. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/na-pandemia-consumo-de-ultraprocessados-quase-dobra-em-faixa-etaria-com-maior-risco-24717328>. Acesso em: 3 nov. 2020.

TAVARES, R. **Construindo mapas conceituais.** *Ciência & Cognição*, v. 12, p. 72–85, 2007.

TEIXEIRA, J. A. C. **Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes.** *Análise Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

TEIXEIRA, R. R.; CYRINO, A. P. **As ciências sociais, a comunicação e a saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 151–172, 2003.

THOMAS, R. K. **Health communication.** New York, NY, USA: Springer, Science & Business Media, 2006.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Lei das Eleições - Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997.** Brasília, 1997. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/legislacao/codigo-eleitoral/lei-das-eleicoes/lei-das-eleicoes-lei-nb0-9.504-de-30-de-setembro-de-1997>. Acesso em 27 de nov. de 2020.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VALE, E. do; RODRIGUES, G.; COSTA, D. da.; QUEIROZ, J.; LIMA, D.; MEREIROS, L. P.; OLIVEIRA, D.; BAIA, E.; COSTA, A. L.; & Neto, M. B. **Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará.** *APS EM REVISTA*, 2(2), 83-90, 2020.

VALENTE, F. L. S. Do combate à fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o direito humano à alimentação adequada. In **Direito humano à alimentação adequada: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez Editora, p.40-43, 2002.

VAN DER HOEK, L. et al. **Identification of a new human coronavirus**. Nature Medicine, v. 10, n. 4, p. 368–373, abr. 2004.

VASCONCELOS, F. DE A. G. DE et al. **Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer**. Revista de Nutrição, v. 32, 2019.

VECCHIA, M.D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: Fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. (Coleção PROPG Digital - UNESP).

VERITY, R. et al. **Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis**. The Lancet Infectious Diseases, v. 20, n. 6, p. 669–677, jun. 2020.

VIEGAS, S.M.F.; SOARES, S.M. **O cuidado na Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha**. Belo Horizonte, MG: Revista mineira de enfermagem, v. 9, n. 3, p. 212-217, 2005.

WALDOW, V.R; BORGES, R.F. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Porto Alegre: Acta Paul Enferm, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WANG C; PAN R; WAN X; TAN Y; XU L; HO CS, et al. **Respostas psicológicas imediatas e fatores associados durante o estágio inicial da epidemia de doença por coronavírus 2019 (COVID-19) entre a população em geral na China**. Int J Environ Res Saúde Pública; v.17, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

Wilder-Smith A, Freedman. **Isolamento, quarentena, distanciamento social e contenção da comunidade: papel central para medidas de saúde pública de estilo antigo no novo surto de coronavírus (2019-nCoV)**. J Travel Med 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Canada: WHO; 1986.

ZHU Y; CHEN L; JI H; XIM; FANG Y; Li Y. **O risco e a prevenção de novas infecções por pneumonia por coronavírus entre pacientes internados em hospitais psiquiátricos**. Neurosci Bull; v.36 p. 299-302, 2020.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Planilha de acompanhamento de consultas de pré-natal entre os meses de abril e dezembro de 2020

1	Idade	Equipe	IG no 1º contato com residentes	Quantidade de consultas com profissionais residentes	Condição de saúde	Intercorrência	Trabalho? Benefícios?	Observações	Quantidade consultas pré-natal
2	21 anos	CH	33a	1ª cons. - ODO e ENF de ref.; 2ª consulta - ODO, ENF de ref e PSI; 3ª consulta- ODO e PSI; 4ª consulta - ODO e AS.	nenhuma	Sim, infecção urinária no 3º trimestre.	sim, trabalho assalariado. Orientação sobre licença maternidade e amamentação.	Crises regulares de ansiedade; negação inicial da gestação, gestação não planejada; ruptura do relacionamento e do vínculo com o pai do bebê; sem abertura com a rede de apoio familiar; possível desejo de colocar a criança para adoção; primeira gestação.	ENF- 6 MED - 6 ODO - 4 (Residente) AS - 2 PSI - 2 AINDA GESTANTE
3	33 anos	CP	16s e 6d	1ª cons. - ODO, ENF de ref e AS; 2ª cons. - ODO e AS.	deficiência auditiva total		Não. Orientações sobre o salário maternidade e bolsa família	4ª gestação tendo uma aborto espontâneo sem causa; gestação não planejada; IMC muito baixo; já teve tuberculose; nunca foi a uma consulta odontológica; possui relacionamento estável; companheiro trabalha assalariado e possui deficiência auditiva; questionamento da gestante diante de sua "autonomia" principalmente em relação a saída do emprego e a L.T.. mora com o companheiro e os dois filhos sendo o 1º de outro relacionamento.	ENF- 4 MED - 1 ODO residente - 1 ODOreferencia - 1 AS - 2 AINDA GESTANTE
4	30 anos	CH	34s 3d	1ª cons. - ODO e ENF de ref, 2ª cons. - nutrição	obesidade e hipertensão.	sim, diabetes, hipertensão gestacional , pré-eclâmpsia e infecção urinária no 3º trimestre	Não informado	1ª gestação, gestação não planejada; desenvolvido diabetes gestacional; desenvolvido hipertensão gestacional; IMC muito alto; vive com o marido.	ENF- 3 MED - 3 ODO residente - 1 NUT - 1 PUÉRPERA
5	25 anos	CP	6s 2d	1ª cons. - ODO e ENF residente	Apresenta leve alteração na audição.	não	Não.	gravidez planejada; 1ª gestação; mora com marido (esse não trabalha de forma assalariada); já trabalhou de carteira assinada sendo o último emprego com duração de 2,5 anos.	ENF- 3 MED - 1 ODO residente - 1 AINDA GESTANTE
6	24 anos	PF	9s 1d	1ª cons. - ODO e ENF de ref, 2ª cons. - ODO e AS	pré obesidade	não	Sim, com registro em CTPS.	2ª gestação; gestação não programada; esclarecida sobre licença-maternidade e paternidade; direito a um acompanhante desde o pré-parto ao pós-parto imediato; laqueadura tubária, vasectomia e DIU. Refletimos sobre o planejamento familiar e sobre o art. 396 da CLT sobre dois períodos de 30min/dia para amamentação até os seis meses de vida do bebê.	ENF- 4 MED - 0 ODO residente - 1 AS - 1 PUÉRPERA
	31 anos	PF	9 s	1ª cons. - ODO e ENF de ref, 2ª cons. - NUTRI	nenhuma	não	sim, bolsa família.	3ª gestação na qual não foi planejada mas queria; mora com o marido e mais dois filhos; marido não trabalha de carteira assinada; já trabalhou de carteira assinada; sentindo muito quadro de enjojo e vômitos não conseguindo se alimentar direito (só tangerina e gelo). A sua 2ª gestação teve um filho com síndrome de down no qual possui outras doenças sistêmicas. No pré-natal desse, fez uma USG que detectou essa alteração mas nenhum profissional a informou e assim ela só soube do filho especial no momento do parto. Sendo assim, sofreu muito no início por não aceitar seu filho desse jeito, mas o marido foi um pilar importante para a resolução essa questão (quase desenvolveu depressão). Hoje vive quase que exclusivamente por esse filho já que necessita de vários médicos toda semana, acompanhamento com fisio, TO, fono, etc. Gasta mensalmente 850,00 de remédios para esse filho, além de necessitar comprar alimentos mais caros para a dieta especial que ele precisa fazer por possuir intolerância ao gluten, a lactose, problemas	ENF- 3 MED - 2 ODO residente - 1 AINDA GESTANTE

7									gastrointestinais. Dessa forma, paga plano de saúde para seu filho já que não consegue tudo pelo SUS. Além disso, vem tentando marcar pelo particular dentista que realize frenectomia em crianças especiais para esse filho já que saiu da maternidade com esse encaminhamento, e esse quadro dificulta sua fonação, sua mastigação (Talvez se os serviços da Saúde bucal a nível de CEO estivessem funcionando conseguiríamos encaminhá-lo para realizar a cirurgia). Mãe relata que vem tentando faz 2 anos o NOAH - BPC por conta desse filho (já deu entrada), mas não vem conseguindo sucesso com o CRAS que não dão um parecer definitivo para ela, sempre enrolando quando podem.	
8	16 anos	CP	19 s	1ª consulta - ODO e ENF residente	nenhuma				1ª gestação; não planejada mas deseja; possui apoio familiar; usuária apresentou complicações na gestação necessitando ser encaminhada para o alto risco.	ENF- 4 MED - 2 ODO residente - 1 AINDA GESTANTE
9	18 anos	CG	37s	1ª cons. - ENF residente; 2ª consulta - ODO e AS; 3ª consulta - ODO	não	bolsa família			Histórico de duas gestações, ambas não planejadas. O primeiro filho possui 2 anos e o pai está preso. Atualmente reside com o pai do seu segundo filho e a criança. O casal trabalha informalmente na feira. A mãe de Raphaela é um forte vínculo de apoio. A gestante informou que, por conta do trabalho, não pretende amamentar em livre demanda. Conversamos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, ainda que seja ofertado em mamadeira (esvaziamento do seio e oferta na mamadeira). Orientamos sobre a atualização cadastral junto ao CRAS (mudança do município de DC para o bairro da Pavuna). Também refletimos sobre a retomada dos estudos e profissionalização, além de métodos contraceptivos. Tem interesse em colocar o DIU. Maternidade de referência: Alexander Fleming.	ENF- 5 MED - 5 ODO residente - 2 AS - 1 PUÉRPERA
10	21 anos	CP	23s 5d	1ª cons. - Enf Residente; 2ª cons. - ODO residente e ENF referência	não	não informado			Durante a gestação apresentou dores no "pé da barriga" e cefaléia. Teve consulta de pré natal de alto risco.	Med-02 ENF-04 PUÉRPERA
11	34 anos	CP	20s 1d	1ª consulta: ENF residente; 2ª consulta: ENF residente		não informado			asia e dificuldade em receber os exames de rotina de primeiro trimestre Gesta 8, 1 cesarea e 6 normais. último parto com natimorto de 8 meses (cesárea), devido a um descolamento total de placenta (sic). Refere o desejo de fazer ligadura.	MED-03 ENF-06 PUÉRPERA
12	25 anos	CP	17s	1ª cons. ENF residente; 2ª cons.: ODO residente e ENF referência	não	não informado			a primeira consulta de pré-natal foi realizada com residente. cefaléia e náuseas.	MED-01 ENF-09 ODO residente-01 PUÉRPERA
13	23 anos	CP	12s 4d	1ª cons.: ENF residente; 2ª cons.: ENF ref e ODO residente	não	não informado			a primeira consulta de pré-natal foi realizada com residente. Relatá já ter dois e que a gestação foi desejada. Relata uso de sulfato ferroso e levitam antes da gravidez solicitação de teste de COVID por médica e orientação a solicitar Baciloscopia. Gestante informa há 2 anos teve possível diagnóstico de TB mas não chegou a fazer exames confirmatórios e nem fez tratamento (na época estava sentindo muita tosse secreta e dor no peito	MED-00 ENF-7 ODOResidente-01 ODOreferencia-01 PUÉRPERA
14	23 anos	CP	23s 6d	1ª ENF residente; 2ª ENF residente;	doença por vírus em loclização não	não informado			Parto cesárea, sem intercorrências. Não teve dilatação para realização do parto normal. iniciou com aleitamento exclusivo. no entanto, teve Covid-19 no pós parto e se manteve em isolamento longe do marido e do RN, interrompendo a amamentação.	MED-01 ENF-04 PUÉRPERA
15	17 anos	CP	40s 2d	1ª ENF residente	não	não informado				MED-03 ENF-07 PUÉRPERA
16	27 anos	CP	18s 4d	1ª cons.: ENF residente; 2ª cons.: ENF residente;	hipertensão gestacional	hipertensão gestacional			a primeira consulta de pre-natal foi realizada por residente. Relata que a gestação não foi planejada e, no início, muito difícil, pois está separada do marido. Atualmente diz aceitar melhor a gestação; Relata tipagem sanguínea A- (solicito exame para confirmação) Não sabe dizer fator Rh do pai do bebê; Relata DMG em gestação anterior; Relata pré-eclâmpsia na gestação anterior; USG apresenta descolamento de placenta, às vezes tem crises de ansiedade. Quarta gestação, 1 aborto espontâneo. Tem interesse em realizar a Laqueadura Tubária.	MED-03 ENF-09 PUÉRPERA
17	22 anos	CP	15s 2d	1ª cons.: ENF residente;	não	não informado			segunda gestação e histórico de 1 aborto. Orientada a fazer isolamento por suspeita de COVID-19 nbo final da gestação	MED-04 ENF-10 PUÉRPERA
18	22 anos	CG	17s 5d	1ª cons.: ENF residente;	não	pré-eclâmpsia não especificada			relata episódios noturnos de febre de 38,5. último episódio de febre no dia 23/04/2020. relata acusação de cisto no ovário em exame realizado anteriormente; relata dores de cabeça e enjoo;Paciente comparece na unidade acompanhada pelo companheiro. Relata consulta de pré-natal com a médica da equipe (Sandra) no dia 11/08, no entanto, a consulta não aconteceu pois a mesma informa ter trocado o dia da consulta. Relata "muita dor no meio das costas", na altura das vértebras torácicas e na região do esterno, com com início há aproximadamente uma semana. Também relata desconforto ao respirar, que começou na mesma época das dores na coluna. nega esforço físico e relata piora da dor ao comprimir o local. relata inicio de antibioticoterapia no dia 17/08 e terminou ontem (12/08). Segundo a prescrição, a orientação se ATB foi a seguinte: cefalexina 500mg - tomar 01cp de 6/6h por 7 dias. A paciente relata que não tomou a medicação segundo as orientações pois se esquecia com frequência. Gestante e parceiro demonstram felicidade e empolgação coma gestação; teve suspeita da arbovirose durante a gestação	MED-03 ENF-05 PUÉRPERA

19	36 anos	CG	12/13s	1º cons.: ENF residente	HAS e DM	HAS E DM	não informado	paciente comparece para realização de consulta de pré natal; relata suspensão de medicamentos de HAS e DM desde o início da gestação, de acordo com a orientação médica; Apresenta mapa de PA e HGT; relata que o aumento de glicose (hgt) em alguns dias coincidem com períodos de muito estresse pelo qual foi submetida; Relata episódios de hipotensão; Relata corrimento de coloração esverdeada, sem odor, espessa, com surgimento há aproximadamente 3 semanas; Relata interesse em realizar laqueadura;	MED-04 ENF-06 NUT-01 ODOreferência-02 PUÉRPERA
20	16 anos	CG	16s 6d	1º cons.: ENF residente; 2º ENF residente	não	não	não informado	relatou vômitos e coceira na região genital, com diagnóstico prévio de herpes e uso recorrente de aciclovir.	MED-03 ENF-05 PUÉRPERA
21	23 anos	CH	21s 1d	1º cons. ENF residente;	não	não	não informado	relata gestão anterior ectópica, com necessidade de retirada de trompas e interrupção da gestação	MED-01 ENF-07 PUÉRPERA
22	19 anos	PF	35s 6d	1º cons.: ENF residente; 2º cons.: ENF residente	HAS	HAS	não informado	relata duvidas sobre a maternidade de referência. Por ser alto risco, era acompanhada no hospital de Acari, com a pandemia, os atendimentos no hospital foram suspensos e ela foi orientada pela equipe ESF a procurar atendimento na maternidade Fernandes Magalhães, na qual não conseguiu atendimento até o momento. referenciada para alto risco. gestação não desejada	MED-03 ENF-11 PUÉRPERA
23	18 anos	CH	37s 3d	1º cons.: ENF residente	não	não	não informado		MED-02 ENF-08 PUÉRPERA
24	14 anos	CH	36s 4d	1º consulta: ENF residente;	não	não	não informado	queixa-se de fortes cólicas abdominais e dor em baixo ventre que a atrapalham a dormir; riata que teve diagnóstico de infecção urinária e foi encaminhada para a Maternidade Alexander Fleming, onde solicitaram sua internação, mas optou por não ficar internada pois não teria direito à acompanhante (ocorreu no dia 06/04/2020); Não realizou o último exame de rotina de 3 trimestre solicitado; Não realizou exames de urina após término de antibioticoterapia; realta muito enjoo e dificuldade de se alimentar; relata uso de nistatina com término do tratamento no dia 25/04;	MED-04 ENF-04 PUÉRPERA
25	28 anos	CH	21s	1º consulta: ENF residente	não	não	não informado	comparec para atendimento de pré natal relata que teve descolamento de placenta anteriormente, e foi temporariamente acompanhada pelo hospital maternidade da mãe, onde realizou tratamento para infecção. Relata não ter realizado exames de urina após o término de ATB	MED-07 ENF-08 ODOreferência-02 PUÉRPERA
26	30 anos	PF	14s	1º consulta: ENF residente; ODO residente	2º	não	Placenta prévia	não informado	MED-01 ENF-10 ODOresidente-01 ODOreferência-02 PUÉRPERA

27	21 anos	CH	20s 3d	1º consulta: ENF residente; ENF residente	2º consulta:	não		não informado	a primeira consulta de pre natal foi com residente. teve anemia durante a gestação.	MED-01 ENF-08 GESTANTE
28	41 anos	CP	11s 2d	1º consulta: ENF residente; consulta: ODO residente e ENF ref	2º	não	não	não informado.	a primeira consulta de pre natal foi com residente. - atualmente exerce como psicóloga; - gestação não planejada, mas muito desejada atualmente; - histórico de "baby blues" na gestação anterior; - relata gestação anembrionada há cerca de 12 anos com expulsão espontânea;	MED-01 ENF-08 ODOresidente-01 ODOreferência-01 GESTANTE
29	17 anos	CP	35s 2d	1º consulta: ENF residente; consulta: ODO residente e ENF referência	2º	não	não	não informado		MED-1 ENF-03 ODOresidente-01 PUÉRPERA
30	22 anos	V	33s 2d	1º consulta: ENF residente		não	tentativa de aborto e suspeita de ITU	não informado	G3 P1 A 1 (aborto provocado) RELATA QUE NÃO ESTAVA ACEITANDO A GRAVIDEZ , TENTOU VARIOS ABORTOS EM CASA , ARREPENDEU.Consulta Realizada em conjunto com a Enfermeira Joana pelo fato que ainda não possui cadastro de acesso ao prontuário eletrônico e-sus. Atualmente mora em Niliópolis, onde não estão atendendo pré-natal, por isso utiliza o endereço de residência da mãe, moradora da área. Paciente comparece na unidade para acompanhamento de pré natal, com médico Simone, como não há nenhum médico na unidade realizo a consulta. Destaco que as duas consultas anteriores foram realizadas com profissionais médicos, os quais registraram no cartão de acompanhamento da gestante a utilização de método abortivo. Relata utilização de abortivo (citotec - 18 comprimidos) no decorrer de duas semanas. O fato ocorreu aproximadamente na 20 semana, antes da realiação da primeira USG (09/03/2020: 21 semanas). Relata não ter sintido efeitos do medicamento. Queixa-se de dores em baixo ventre e em região correspondente ao fundo do útero. Sente pressão na vagina, sensação de "parece que a criança vai cair". Relata ardência ao urinar; Relata que fez os exames de sangue e de urina no início do mês. Na época da realização dos exames já relatava estes sintomas; Usou cfalexina Segunda relatos, o corrimento parece um leite branco, com "gosma igual a catarro", sem odor "cheiro de leite normal", com presnça de grumos. Nao relata coceira. Queixa-se de vômitos após ingestão de sulfato ferroso; Atualmente relata aceitação da graviz e desejo de ter o filho. O pai da da criança tem manifestado a primeira consulta de pre natal foi com residente; Relata gravidez não planejada, mas muita felicidade com a gestação	MED-02 ENF-01 ODOreferência-0 0 FA
31	21 anos	FA	8s 3d	1º consulta: ENF residente; 2º consulta: ENF residente		não	infecção urinária	não informado	Relata enjoos e vômitos	MED-03 ENF-03 ODO referencia- 1 GESTANTE

32	27 anos	CG	35s 2d	1º consulta: ENF residente;	não	COVID-19 complicado no final da gestação. ITU. suspeita de escabiose	não informado	<p>começou pré natal na unidade, continuou em Jacarepagua e depois retornou para terminar na unidade. paciente comparece para a segunda consulta de pré-natal. relata que o marido sofreu um acidente, por isso não conseguiu realizar os exames de sangue e urina.</p> <p>Diz que sempre esquece de trazer o primeiro exame de sangue e urina que realizou, por isso ainda não foi analisado por profissional;</p> <p>relata dor em baixo ventre com início há quatro meses. Relata perda de sangue no início da gravidez.</p> <p>Relata que ontem teve perda de sangue, no entanto "muito pouquinho, só quando passava o papel";</p> <p>Relata ter realizado duas USG.</p> <p>Começou o acompanhamento de pré-natal em Jacarepagua, onde foi identificada anemia e infecção urinária, recebendo tratamento.</p> <p>Relata uso de medicamento para asia; Relata que o marido ficou internado em um hospital em Nova Iguaçu, retornando com uma coiceira.</p> <p>Relata que o marido apresenta coceiras e feridas no corpo, sugestivo de escabiose. Sugiro avaliação por profissional de saúde da unidade</p>	MED-03 ENF-03 ODO residente - 1 PUÉRPERA
33	17 anos	CP	12s 4d	1º consulta: ENF residente	não	não	não informado	Gesta 4 Para 1 Aborto 2, apresenta histórico de gestação anterior com complicações (pré eclampsia), pré natal anterior realizado em São João "Morrinho" episódios de enjoos.	MED-0 ENF-04 ODO referencia - 1 GESTANTE
34	19 anos	CP	38s	1º consulta: ENF residente; ODO residente; 3º ENF residente;	2º não	infecção urinária. edema importante, proteinúria e suspeita de pré-eclampsia			MED-01 ENF-11 ODO residente - 1 PUÉRPERA
35	23 anos	CP	11 s 5d	1º consulta: ENF residente;	não	não	não informado	<p>a primeira consulta de pré-natal foi realizada por residente. Refere episódios de enxaqueca mesmo antes da gestação e uso de paracetamol;</p> <p>Gestação não planejada, mas desejada. Refere medo com a possibilidade de não desenvolvimento da gestação pois existem casos na família.</p> <p>Diz que tem apoio na gestação;</p> <p>Trabalha em gerência de loja e por isso só conseguiu começar o pré-natal agora. Manifesta medo em relação a faltar o trabalho pois o chefe, em alguns momentos, disse que evita contratar mulheres pois as mesmas engravidam e acabam faltando, atrapalhando o rendimento.</p> <p>Diz que o namorado/marido ainda não aceitou muito bem pois está assustado com o fato de que será pai.</p> <p>Possui gatos dentro de casa com histórico de esporotricose;</p>	MED-1 ENF-03 ODO referencia - 1 GESTANTE
36	23 anos	CG	27s	1º consulta: Nutricionista residente	HAS	ITU e anemia	não informado	Fora de área. G 3 P 0 A 2 ITU	MED-03 ENF-06 FA