



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Juliana Montez Ferreira

**Narrativas sobre afetações da pandemia COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde:  
uma autoetnografia**

Rio de Janeiro

2022

Juliana Montez Ferreira

**Narrativas sobre afetações da pandemia COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde:  
uma autoetnografia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Narratives about affections of the pandemic COVID-19 in a Primary Health Care Unit: an autoethnography.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F383n Ferreira, Juliana Montez.  
Narrativas sobre afetações da pandemia COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde: uma autoetnografia / Juliana Montez Ferreira. -- 2022.  
70 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. COVID-19. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Áreas de Pobreza. 5. Luto. 6. Autoetnografia. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Juliana Montez Ferreira

**Narrativas sobre afetações da pandemia COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde:**  
uma autoetnografia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 23 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alda Maria da Costa Lacerda  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Ferreira Romano (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho a minha tia Marli, irmã da minha mãe, que não esteve presente nas linhas dos textos narrados, mas que esteve em todas as entrelinhas e lágrimas que ocorreram durante essa dissertação. Minha tia que descobriu um câncer com metástase para o fígado durante a pandemia, ainda em 2020, e que lutou bravamente até partir em fevereiro de 2022. Que, assim como alguns dos meus pacientes, passou por entraves e dificuldades no diagnóstico e tratamento no SUS em época de pandemia. Ela, quem me sorria todos os dias quando eu chegava em casa cansada do trabalho e me alertava sobre como eu precisava descansar. Quem me pedia, durante os finais de semana, para ficar escrevendo a dissertação junto a ela, para que assim, a fizesse companhia. Que tantas vezes, mesmo com dor, me sorria nas madrugadas e me falava para voltar a dormir porque estava tudo bem. Até que ela parou de sorrir, e muitas vezes, nos meus braços, seu olhar suplicava pelo adeus, pela partida. Tia, dedico esse texto, que muitas vezes você me viu escrever, a você, com todo meu amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família pelo apoio emocional, especialmente minha mãe e meu pai, mas não só a eles. Tenho muita sorte por ter tantas pessoas que me amam incondicionalmente e que acreditam em mim. Minha irmã, Ana Carolina, e meu cunhado, Guilherme, que me presentearam com ilustrações incríveis para a defesa dessa dissertação.

Agradeço à minha filha, com 5 anos hoje, mas apenas 2 aninhos quando iniciamos mestrado e pandemia, que teve tanta paciência quanto sua idade permitia comigo e com meus estudos. Filha, você é meu amor e meu maior motivo para seguir lutando e idealizando um mundo mais justo.

Agradeço, também, a minha turma e professores de mestrado, pelos quais estimo tanta admiração. E agradeço, especialmente, à minha orientadora, Valéria Romano, por não ter desistido de mim, mesmo quando eu já tinha desistido de tudo, por me deixar livre para escrever, e ter me dado tanto apoio durante as inúmeras adversidades que enfrentamos até aqui.

## RESUMO

Em 2020, o mundo foi acometido pela pandemia provocada por um tipo de Coronavírus, cuja doença foi denominada COVID-19. No Brasil, todo o sistema de saúde foi afetado e teve que se adequar à uma nova realidade, incluindo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde: a Atenção Primária à Saúde. Novas formas de organização nas Unidades Básicas de Saúde afetaram o cotidiano de profissionais de saúde e usuários. Este estudo tem o objetivo de, por meio de narrativas, significar a realidade vivenciada pela autora, enquanto médica de família e comunidade durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como método a autoetnografia, definida como uma etnografia autobiográfica, onde descrever as impressões e afetações pessoais da autora agrega relevância para a compreensão de fenômenos culturais. Os resultados foram seis narrativas cujo cenário foi uma Unidade Básica de Saúde e uma favela carioca. Elas trazem as afetações que a autora vivenciou, e, através de seus relatos, dá voz também a favela, seus moradores e a outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Atenção Primária a Saúde; Autoetnografia, Sistema Único de Saúde; Áreas de Pobreza.

## **ABSTRACT**

In 2020, the world was affected by the pandemic caused by a type of Coronavirus whose disease was called COVID-19. In Brazil, the entire health system was affected and had to adapt to a new reality, including the main gateway to the Sistema Único de Saúde: Primary Health Care. New forms of organization in Primary Care units affected the daily lives of professionals of health and users. This study aims, through narratives, mean the reality experienced by the author, as a family doctor during the COVID-19 pandemic. This is a qualitative research that used autoethnography as a method, defined as an autobiographical ethnography, where describing the author's personal impressions and affectations adds relevance to the understanding of cultural phenomena. The results were six narratives whose scenario was a Basic Health Unit and a Rio de Janeiro favela. They bring the affectations that the author experienced, and through her reports also give voice to the favela, its residents and other health professionals.

**Keywords:** COVID 19; Primary Health Care; Autoethnography, Unified Health System; Poverty Areas.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
APS	Atenção Primária à Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ERR	Equipe de Resposta Rápida
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	14
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
3.1	OBJETIVO GERAL.....	15
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
4	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	16
5	<b>CONTEXTO TEÓRICO DAS NARRATIVAS</b> .....	18
5.1	A AUTOETNOGRAFIA.....	18
5.2	NARRATIVAS.....	21
5.3	IDENTIDADE.....	22
5.4	FAVELAS .....	24
5.5	COTIDIANO DA APS .....	30
5.6	A APS BRASILEIRA NO ENFRETAMENTO À PANDEMIA.....	35
6	<b>NARRATIVAS</b> .....	38
6.1	A TENDA E UMA UNIDADE DIVIDIDA AO MEIO.....	38
6.2	UM GRUPO DE MÃES DURANTE A PANDEMIA.....	42
6.3	A PANDEMIA NA FAVELA.....	45
6.4	DANOS À SAÚDE PARA ALÉM DA COVID-19.....	49
6.5	LUTOS.....	54
6.6	FALSAS EXPECTATIVAS, MUITO TRABALHO E INÚMERAS VIDAS PERDIDAS.....	57
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	61
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64

## APRESENTAÇÃO

Sou mulher, branca, filha de mãe professora da educação infantil e pai comerciante. Não tenho parentes diretos na medicina ou na área da saúde. Meus pais não fizeram faculdade e meus irmãos optaram por ciências humanas e artes. A escolha pela medicina não foi linear, nunca tive certeza, cheguei a pensar em outras carreiras, mas o biológico e o humano me interessavam. Sempre morei na cidade do Rio de Janeiro, na zona oeste, em região de asfalto. Estudei durante a infância e a adolescência em escola particular, e cursei a graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

No primeiro período da graduação, ouvi falar da Medicina de Família e Comunidade (MFC), e desde então, fixei a ideia de que queria ser essa médica, a que cuida de pessoas, que as acompanha durante a vida, que não faz apenas poucos encontros com cada uma das pessoas às quais assiste. Que as conhece de forma mais completa, que se interessa por elas, por suas histórias e advoga em favor de suas saúdes.

Ainda na graduação, mas mais adiante, conheci a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas não a MFC, pois onde fiquei no internato não havia especialista nessa área. Apaixonei-me pela Atenção Primária à Saúde (APS), pela lógica de sua existência, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Era isso mesmo que eu queria. Escolhi fazer residência em MFC pela Universidade Federal do Rio de Janeiro ficando alocada na favela de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. A seguir, cursei o terceiro ano opcional pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, tendo ficado alocada principalmente numa equipe que tinha como área de referência uma região de asfalto, mas tive a oportunidade de perpassar em estágios em outras unidades que cuidavam de população que residia em favelas cariocas. Ao concluir a residência, em 2015, volto a atuar como médica de família e comunidade na favela em que se passa esse trabalho, onde trabalhei por seis anos.

Na Residência médica fui apresentada à realidade dura da favela urbana violenta, à pobreza extrema e ao tráfico armado. Parecia que até ali, nos meus vinte e seis anos, eu tinha vivido uma outra vida, uma que desconhecia essas pessoas e nossa responsabilidade social. Conheci também a MFC e entendi a importância de me tornar uma médica de família e comunidade para, de fato, integrar a ESF e continuar em busca da construção de um SUS de qualidade.

A favela me instigava. Quanto mais eu me sentia violentada por ela, mais eu queria conhecê-la e desvendá-la. A MFC me proporcionou ferramentas, conhecimento sobre o outro, autoconhecimento e encontros, muitos encontros... encontrei usuários, conheci suas histórias,

participei e construí em conjunto. Também eu mesma vivo de me reconstruir. Minha construção como MFC se iniciou na favela e foi nela que dediquei esses dez anos após a graduação.

Em 2017 me tornei mãe. Ser mãe talvez tenha sido a transformação pessoal que mais modificou minha relação com a MFC. Meu trabalho, minha obra, mas também minha filha, parte de mim. Ambos me inspiram cuidado, responsabilidade, afeto e amor. Saber dividir-me entre esses papéis é algo que ainda caminho tropeçando e percebendo a cada curva, ou reviravolta da vida, como lidar.

## 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surgiram vários casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Em 7 de janeiro de 2020 foi confirmado que esses casos advinham de um novo tipo do vírus Coronavírus, até então nunca visto em humanos, que recebeu o nome de SARS-CoV-2. Esse novo vírus seria o responsável pela nova doença chamada COVID-19, que atingiu rapidamente todo o mundo, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, caracterizado como uma pandemia (OPAS, 2020).

Os coronavírus são vírus que afetam principalmente animais como cachorros, gatos e morcegos. Em humanos existem quatro variantes que são responsáveis por resfriados comuns. Às vezes, pode acontecer de haver transmissão de animais para humanos, surgindo novas variantes de elevado potencial epidemiológico, tendo havido, antes da pandemia de 2020, duas outras causadas pelas variantes SARS-CoV-1 em 2002 e a MERS-CoV em 2012, nenhuma delas com as proporções da SARS-CoV-2 (RIO DE JANEIRO, 2021).

Os casos podem variar de quadros leves a graves e até críticos. Os principais sintomas associados à COVID-19 são tosse, coriza, cefaleia, dor de garganta, mialgia, febre, anosmia e alterações no paladar. Muitos desses sintomas estão presentes nos resfriados comuns, em quadros de rinosinusite e arboviroses, sendo esses, diagnósticos diferenciais. Os casos graves e críticos necessitam de hospitalização, principalmente por seu acometimento pulmonar, precisando muitas vezes de suporte ventilatório em Centros de Terapia Intensiva (CTI) (RIO DE JANEIRO, 2021).

Vários países no mundo viveram uma crise em seus sistemas de saúde devido à pandemia da COVID-19, principalmente devido à falta de leitos em CTI para tratamento dos casos graves, que eram em grande número e necessitavam de suporte respiratório. Até 6 de setembro de 2021 tivemos no mundo mais de 4,5 milhões de mortes pela COVID-19. O Brasil é o segundo país com maior número de vítimas, tendo mais de 500 mil vidas perdidas (OMS, 2021).

O Brasil tem no Sistema Único de Saúde (SUS) uma Política de Estado em que se materializa o que diz a Constituição: a saúde é direito de cidadania e dever do Estado. A partir daí, são dados os princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade. Esses são princípios finalísticos, aos quais o sistema almeja alcançar e, para tal, precisa de planejamento e investimento (TEIXEIRA, 2011).

Segundo o princípio da Universalidade, todas as pessoas, independentemente de seu trabalho ou sua renda, têm direito a atenção à saúde. A Equidade parte do reconhecimento da desigualdade entre pessoas e populações, e partir daí, traça estratégias que buscam equiparar o acesso à saúde, não só no sentido de acessar uma unidade de saúde, mas no sentido mais amplo que é o de ter condições de vida que sejam favoráveis à saúde, atuando em determinantes sociais. Já a Integralidade tem vários sentidos, entre eles, um sistema sólido, com uma rede que se comunica nos diversos níveis de atenção e atende às necessidades de saúde do usuário. Para um país grande, com desigualdades sociais e ainda com subfinanciamento, é de suma importância estabelecer esses princípios e ter o SUS resguardado na lei orgânica da saúde, mas também é um grande desafio, exigindo muito planejamento e luta para continuar construindo-o e defendendo-o (MATTA; PONTES; 2007, TEIXEIRA, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a sua organização primordial. Essas devem garantir: o acesso universal e contínuo ao cuidado em saúde, e que o mesmo seja resolutivo e de qualidade; a integralidade na coordenação do cuidado na rede, no entendimento do indivíduo como um todo, incluindo o psicossocial e contextos; a integralidade em fazer tanto assistência programática, como atendimento às demandas espontâneas; o cuidado com ações de prevenção e promoção à saúde, tratamento e reabilitação; exercer a vigilância à saúde; e também deve dar espaço para a participação popular (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Desde 2017 com a reformulação da Política Nacional de Atenção Primária, há um movimento que desestrutura a APS brasileira e tenta enfraquecê-la. Como por exemplo, a possibilidade de equipes de estratégia de saúde da família com apenas um agente comunitário de saúde, sendo este integrante da equipe fundamental para as práticas comunitárias, vigilância em saúde, promoção em saúde e clínica ampliada. Nesse mesmo documento há também a possibilidade de redução da carga horária do médico na APS para dez horas semanais, o que compromete a longitudinalidade e a responsabilização desse profissional pelo cuidado dos usuários de forma integral. O governo do presidente da república Jair Messias Bolsonaro ainda instituiu o programa Saúde na Hora que seria uma APS voltada para atendimento individual e de demandas espontâneas, sem espaço e valorização para a prevenção, promoção e integralidade no cuidado à saúde. Também, no modelo de financiamento, o governo federal contará apenas com a população cadastrada pelas Unidades Básicas de Saúde e vinculada às equipes para repasse, o que compromete os recursos de diversos municípios (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A APS deve ser considerada um importante pilar frente à pandemia da COVID-19 no Brasil, apoiando-se no acesso, conhecimento do território, integralidade do cuidado, vínculo entre profissionais e usuários e seu papel na vigilância em saúde. São desafios o acompanhamento dos casos leves e suspeitos de COVID-19, mas também os problemas advindos do isolamento social prolongado e da crise econômica provocados pela pandemia, com aumento de sofrimento mental, violência doméstica e piora de agravos crônicos de saúde como diabetes (SARTI *et al.*, 2020).

Medina e colaboradores (2020) sistematizam as ações da APS durante a pandemia dividindo-as em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS. Atualmente, entraria um quinto eixo que seria a vacinação da população contra a COVID-19.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde no eixo da vigilância em saúde é de muita importância, tanto na monitorização dos casos notificados, como também na conscientização da população para as medidas de proteção e combate às informações falsas que circulam na internet. No atendimento aos pacientes com COVID-19, a equipe deve receber equipamentos de proteção individual e os espaços devem ser separados e limpos conforme os protocolos atuais, para que evitem adoecimento dos usuários e profissionais que frequentam a unidade básica de saúde. As equipes precisam usufruir de oxímetro, tornando-se um instrumento importante para distinguir pessoas com gravidade e necessidade de oxigênio e internação. Manter os acompanhamentos da APS e usufruir de tecnologia para praticar o teleatendimento se mostra indispensável para que esse momento de pandemia seja enfrentado com menos perdas possíveis. A questão social que se aflora durante a pandemia e o isolamento, com o desemprego e escolas fechadas, é também lugar de atuação da ESF, que deve fazer mapeamento de recursos, estimular a solidariedade e ajudar as famílias com os benefícios emergenciais disponibilizados pelos governos (MEDINA *et al.*, 2020; PINHO, 2020).

Com esse grande desafio em vista para a APS, este estudo pretende trazer narrativas feitas por mim, enquanto médica de família e comunidade de uma equipe de ESF, numa unidade de APS no Rio de Janeiro.

## 2 JUSTIFICATIVA

A atual pandemia mudou o jeito como nós seres humanos interagimos uns com os outros, nosso processo de trabalho, como vamos às compras e também como buscamos o cuidado em saúde. O mundo virtual ganhou força. Termos como home office e teleatendimento viraram comuns, e compras pela internet ou por aplicativos cresceram exponencialmente.

Várias mudanças ocorreram na APS que afetaram em diversas dimensões tanto os usuários como os profissionais de saúde. Indo desde a organização de espaços, no uso de equipamentos de proteção e eclodindo no medo, na carga de trabalho excessiva, na rede de atenção à saúde sobrecarregada e na grande dificuldade de acesso para o cuidado de saúde.

Também houve um aumento das diferenças sociais e econômicas, aumento de desemprego, aumento da pobreza, escolas paradas por um longo período. Incertezas sobre duração da pandemia e sua afetação econômica também causam doença.

Esse trabalho se justifica como um relato, um registro, uma tentativa de dividir com o leitor o esforço de me compreender no processo de ser médica de família e comunidade e compreender as transformações ao meu redor no ambiente de trabalho, na APS. O exercício de reflexão sobre o que nos aconteceu nesse período de pandemia, enquanto profissionais de saúde, seres humanos e APS, nos ajudará a ter entendimento sobre nós mesmos e o mundo ao nosso redor para planejar nossos próximos passos.

Um trabalho que transborde para além de um relato de experiência sobre os novos fluxogramas e transformações operacionais da APS, já encontrados durante a pesquisa bibliográfica. Transborde mostrando os sentimentos envolvidos em ser profissional de saúde da APS durante a pandemia, em sofrer ao mesmo tempo que cuida do sofrimento do outro. Transborde para além do biológico, da descrição mais dura de uma experiência tão rica e cheia de novas emoções.

As narrativas que aqui contarei representam os sentidos que dei às histórias que entrei em contato, que vivenciei e construí junto com os demais atores. Histórias que ajudam a trazer sentidos ao que estamos vivendo. Como disse Ellis (2004, p. 32): “histórias são como os humanos dão sentido ao seu mundo. [...] dada sua importância, eu defendo que as histórias sejam objeto e método para as pesquisas sociais”.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Construir narrativas enquanto Médica de Família e Comunidade atuante em uma Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de COVID-19, que tragam as afetações geradas por esse momento histórico e busque dar sentido a elas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar narrativas que expressem a vivência do trabalho na Atenção Primária à Saúde, durante a pandemia de COVID-19.
- Relacionar as narrativas escritas com as afetações advindas da vivência do trabalho na Atenção Primária à Saúde, durante a pandemia de COVID-19.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Durante o exercício de revisão bibliográfica, proposta numa das aulas do mestrado, me encantei por um estudo etnográfico sobre as crianças que moravam em uma favela em Belo Horizonte escrito por Gouvêa (1993). Falar sobre meu trabalho ou sobre a favela onde eu trabalhava era a única certeza que tinha a respeito do meu tema, percorri caminhos que levaram a acreditar que minha questão era sobre a maternidade na favela, mas após uma crise pessoal, não conseguia mais seguir com o tema outrora escolhido e cheguei a pensar em não concluir o mestrado.

O cotidiano da APS com a pandemia da COVID-19 me intrigava, me instigava e me consumia diariamente. O que estávamos fazendo agora não tinha nada a ver com o que costumávamos fazer, isso ainda é APS? Como pensar em qualidade com o volume de pessoas atendidas? O quanto mais conseguiríamos aguentar e resistir? Será que um dia voltaremos a ser como antes ou estaríamos nos transformando e transportando para algum outro lugar por mim desconhecido? Era a questão mais presente em minha vida profissional e quando minha orientadora trouxe à tona a autoetnografia, até então desconhecida por mim, foi essa possibilidade dessa escrita que me trouxe de volta ao mestrado e tem me trazido mais clareza e sentidos sobre o que vivenciei nesses últimos anos.

Este será um estudo autoetnográfico sobre as vivências que tive durante a pandemia de COVID-19 trabalhando como médica em uma unidade básica de saúde em uma favela carioca. A unidade contava com sete equipes de estratégia de saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família com profissional nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e psicóloga. Uma unidade que sempre contou com estudantes e residentes. Contávamos também com uma equipe de consultório na rua que tinha como base a unidade.

Construí narrativas com base em minha memória e em relatos já escritos sobre os afetos da pandemia no cotidiano da APS, nos profissionais de saúde e nos sujeitos que residem na favela. Para isso tive cuidado de que as identidades das pessoas envolvidas nas narrativas fossem preservadas, não citei nomes de pessoas, da favela ou da unidade de saúde onde as histórias se passam. Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública e comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 52427221.6.3001.5279).

As narrativas foram escolhidas de acordo com as minhas afetações, o que me mais me mobilizou, o que mais me causou sentimentos de angústia e inquietação. Também escolhi trazer

narrativas que através da minha escrita e dos meus relatos dessem voz às pessoas da favela, à desigualdade social e injustiça vivida por eles diariamente.

O período a que se referem as narrativas será de janeiro de 2020 até fevereiro de 2021, quando encerro minhas atividades profissionais na unidade de saúde que é cenário vivo das narrativas desse estudo. Antes dos textos de minha autoria, trarei alguns outros retirados de sites, livros e jornais trazendo assim outros olhares para além do meu acerca dos acontecimentos durante a pandemia.

## 5 CONTEXTO TEÓRICO DAS NARRATIVAS

### 5.1 A AUTOETNOGRAFIA

As pesquisas qualitativas buscam significados advindos da situação objeto de estudo, onde o sujeito também é objeto (CRESWELL, 2014; GÜNTHER, 2006; MINAYO; COSTA, 2018; MINAYO; GUERRIERO, 2014; NEVES, 1996; OLIVEIRA; BAIXINHO; PRESADO, 2019). Ela surge junto com os antropólogos e sociólogos na busca de uma ciência que explicasse os comportamentos, pensamentos e sentimentos humanos. E vem se propagando no campo da saúde e ganhando cada vez mais espaço. Algumas de suas características gerais são: a primazia do conhecimento onde se prioriza a complexidade das relações, e não as isolar em variáveis como nas pesquisas quantitativas (GÜNTHER, 2006); e a construção da realidade, no sentido de que não lidamos com dados e sim com construções feitas por sujeitos que têm suas interpretações baseadas também em sua cultura, suas ideologias e interesses (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Segundo Denzin e Lincoln (2017, p. 34-35):

Pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, registros e lembretes para a pessoa. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo. Isso significa que os pesquisadores qualitativos estudam coisas dentro dos seus contextos naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem. A pesquisa qualitativa envolve o uso a coleta de uma variedade de materiais empíricos – estudo de caso, experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, artefatos e textos e produções culturais, juntamente com textos observacionais, históricos, interacionais e visuais – que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Assim, os pesquisadores qualitativos empregam uma ampla gama de práticas interpretativas interconectadas, esperando sempre obter uma melhor compreensão do assunto em questão.

Minayo (2014) conta que o trabalho científico caminha sempre em duas direções “numa elabora teorias, métodos, princípios e estabelece resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para outras direções” (p. 1104). Aponta que para isso, o pesquisador precisa respeitar a historicidade da ciência assim como a colaboração, tendo humildade para reconhecer que todos os conhecimentos são aproximados e construídos.

Existem várias metodologias empregadas para a pesquisa qualitativa: entre elas estão a etnografia e a autoetnografia. A etnografia busca compreender o que determinados grupos de

peças fazem em um lugar específico, como interagem entre si e o que compreendem sobre suas ações (WIELEWICKI, 2001). Seu processo geralmente envolve a observação participante em que o pesquisador mergulha na vida diária das pessoas do grupo que está estudando, observando-as e entrevistando-as (CRESWELL, 2014).

O Antropólogo Clifford Geertz (2002) defende que os etnógrafos vivem um grande dilema que é o de transformar experiências biográficas em escrita científica. Ele defende que os etnógrafos podem ser autores de obras, e não apenas descritores da realidade, embora possa haver críticas da sociedade científica. Em seu texto ele fala sobre a assinatura do autor e, assim, da aproximação do mesmo com o leitor e como é indissociável que ele exponha a si mesmo e sua própria cultura quando vai falar do outro. Falando das críticas que as duas formas de escrita geram:

O primeiro suscita acusações de insensibilidade, de tratar as pessoas como objetos, de ouvir a letra, mas não a música, e, é claro, de etnocentrismo. A segunda, acusações de impressionismo, de tratar as pessoas como fantoches, de ouvir a música que não existe, e, é claro, de etnocentrismo (GEERTZ, 2002, p. 21).

Nos anos oitenta do século XIX começa a ganhar força entre os etnógrafos a consideração do eu pesquisador, suas interações e interpretações pessoais nos estudos, a etnografia reflexiva (SANTOS, 2017). Em uma visão mais atual, o etnógrafo deve descrever o material como sons, cheiros, corpos, mas também falar sobre as interações entre as pessoas e das pessoas com o ambiente, sobre o visto e o que ficou nas entrelinhas. Ele deve falar sobre as emoções que foram expressadas e o que foi silenciado. Ao mesmo tempo, o pesquisador precisa se posicionar, como um sujeito criado entre duas comunidades, situado num tempo e espaço (DENZIN; LINCOLN, 2017).

Nos anos 90 o termo autoetnografia ganha força para falar desse nosso pesquisador/autor que além de olhar para o social também olha para dentro de si (SANTOS, 2017). Fazendo uma analogia à afirmação de Wolcott (1995 apud ELLIS, 2004) de que a etnografia é uma parte ciência e uma parte arte, Ellis (2004) diz que a autoetnografia é uma interseção entre a etnografia e autobiografia. A autoetnografia seria então método de estudo, mas também forma, produto: texto autobiográfico sobre determinada situação problema.

A autoetnografia reconhece como os pesquisadores em geral têm participação pessoal nas mais variadas pesquisas. Eles escolhem o tema, o local, o período, podem resumir anos de estudo em um texto pequeno. Muitos autores, inclusive hoje em dia, reconhecem o papel autobiográfico do autor em pesquisas etnográficas, sendo impossível não considerar suas

experiências pessoais e suas interpretações. Também é importante entender a visão política do autor, a quem ele está dando voz e favor de quem se fala (SANTOS, 2017).

Os autores de autoetnografias geralmente olham inicialmente por uma lente etnográfica observando os aspectos comportamentais, culturais e sociais de sua pesquisa, para a seguir, olharem para si mesmos. Essa segunda lente expõe as vulnerabilidades e afetações do autor experimentadas pelo vivenciado e também fazem parte da construção do texto/estudo. Podem ser utilizadas várias fontes como memórias, diários de campo, entrevistas para este tipo de estudo (CHANG, 2016; ELLIS, 2004).

Heewon Chang (2016) nos conta que a autoetnografia se caracteriza por três pilares que são: uma orientação metodológica etnográfica; uma orientação cultural interpretativa e um conteúdo autobiográfico. Em outras palavras a autoetnografia se propõe a descrever e interpretar determinada situação problema, sendo objeto de seu estudo o sujeito, grupo e contexto com o qual interage, mas também o próprio autor. Seu resultado final é uma autobiografia em que o autor, muito mais que um observador, nos conta sobre o vivenciado e experimentado. As interpretações acontecem acerca do que já foi vivenciado pelo autor, suas memórias de vida; das interações entre o autor e os demais sujeitos e objetos; e também da situação problema estudada. Sempre deve ser reflexiva e crítica.

O foco da autoetnografia não é no autor e sim na situação estudada, mas ela traz o olhar deste, seus sentimentos e afetações. Olhar este que é carregado por sua própria cultura, sua ideologia, seus interesses, suas vivências anteriores (CHANG 2016). A autoetnografia permite uma incompletude do eu, sendo esse, resultado da sua interação com o outro naquele contexto. Há uma intersubjetividade, uma interdependência e uma coexistência (SPRY, 2017).

Mas uma autoetnografia com menos enfoque no eu também não é etnografia, porque a autoetnografia se apegua ao fundamento metodológico material do corpo do pesquisador. Toda pesquisa em última análise, pragmaticamente, brutalmente emana de um corpo corpóreo que existe dentro de um contexto sociopolítico. Quando começo a flutuar para fora do meu corpo de pesquisa bagunçado e indisciplinado com sua pele branca, seu corpo-sem-órgãos, seu privilégio financeiro para sentar por horas em um escritório ensolarado e bem equipado em casa ou no trabalho, Paulo Freire me sussurra que eu posso sempre e só falar deste corpo muitas vezes privilegiado, que eu só posso falar de mim mesmo. É a autoetnografia que ativa a reflexividade sociocultural pessoal-política fundamental desse corpo/eu (SPRY, 2017, p. 848).

Pierre Bourdieu (2006) traz uma crítica às biografias e às autobiografias dizendo que essas trazem consigo uma ilusão de linearidade da história contada da vida. O que os autores falam de si mesmos é apenas uma parte do que eles são, ou dos seus percursos da vida, é o que acreditam ser, ou o que querem que a sociedade saiba sobre eles.

Tudo leva a crer que o relato de vida tende a aproximar-se do modelo oficial da apresentação oficial de si, carteira de identidade, ficha de estado civil, *curriculum vitae*, biografia oficial, bem como da filosofia da identidade que o sustenta [...]. Ela conduz a construção da noção da trajetória como série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) num espaço que é ele próprio um devir, estando sujeito a incessantes transformações (BOURDIEU, 2006, p. 188).

Delamont (2007) faz críticas ao método autoetnográfico falando da importância da coleta de dados em campo pelo pesquisador e entendendo esse, como seu principal trabalho. Fala ainda que os pesquisadores não devem falar excessivamente sobre si mesmos e que o foco dos sociólogos deve ser no social, pois os pesquisadores não seriam tão interessantes.

Essas críticas nos trazem a importância de, nas pesquisas autoetnográficas, não olhar somente para dentro, o olhar para o que está sendo estudado, para o outro, para o social vem antes do olhar para si mesmo. Traz também as limitações do método, onde estudos que focalizam muito no pesquisador e em sua experiência pessoal não devem gerar conclusões generalizadas. Contudo, como Spry (2017) conclui, a autoetnografia não é sobre *eu*, que não existe sozinho, e sim sobre o *nós*, o outro, aquele que também não existe sem a visão do *eu*. E Santos (2017) nos lembra como o *eu* está presente em todas as pesquisas, desde a escolha do tema até a metodologia do estudo, e como é importante conhecer as motivações que levam os pesquisadores a fazerem essas opções.

## 5.2 NARRATIVAS

As biografias, as autobiografias e também muitas autoetnografias assumem esse formato de narrativa (CRESWELL, 2014) quando contam uma história com cronologia e que possui ali uma tensão, um evento, um porquê daquela história estar sendo contada.

As narrativas podem ser tanto método utilizado no estudo a partir da análise das histórias contadas ou ser o fenômeno a ser estudado. São entendidas como um texto falado ou escrito que conta uma história com conexão cronológica e geralmente contém tensões específicas ou pontos decisivos (CRESWELL, 2014).

As narrativas autobiográficas são variadas e trazem em si não só a representação da pessoa do autor, mas a cultura e o social à sua volta. O estudo das narrativas são ótimas formas de aprender sobre si mesmo e os outros e suas particularidades culturais (CHANG, 2016).

Gabriele Rosenthal (2006) conta no trecho abaixo sobre o processo de transformar os relatos em narrativas, com ordem cronológica:

Todo o conjunto “se encaixa”, dá a impressão de ordem e não de caos. Não que os relatos livremente associados pareçam construir uma narração completa; parecem, isto sim, estar intercalados segundo um plano oculto. Nossas análises procuravam desvendar e reconstruir esses planos, mas procedendo-se sequencial e holisticamente, descobre-se como é extremamente bem construído o conjunto, isto é, a narração biográfica geral (p. 195).

Segundo Walter Benjamin (1985) a narrativa se diferencia da informação pois ela não tem o compromisso com a interpretação psicológica, ela deixa o leitor livre para interpretá-la como fazer sentido, segundo suas próprias experiências. Ainda fala que essa é uma forma artesanal de comunicação e que são histórias que trazem consigo geralmente utilidade, como uma moral da história. Não há interesse em se transmitir “o puro em si da coisa narrada como uma informação ou um relatório” (BENJAMIN, 1985, p. 206).

Sarup (1996) aponta que toda narrativa tem dois componentes: uma história e um discurso. A história seria o conteúdo e o discurso o jeito, o caminho encontrado para contar aquela história. As narrativas ainda têm, além de personagens, eventos que podem ser acontecimentos ou ações. As ações são realizadas pelo personagem, já os acontecimentos são alheios à vontade dos personagens. Existe um evento nuclear e sem ele não existiria o enredo da narrativa. Sem ele não existiria a narrativa. Ele é como um nó que transforma a história, traz ramificações, possibilidades, da entonação, emoção e sentido.

Ainda lembrando que a narrativa é uma forma de comunicação, não tem como o autor de uma narrativa prever todos os efeitos que esta pode causar no leitor. Não tem como saber todas as possibilidades de interpretação daquela história (SARUP, 1996).

### 5.3 IDENTIDADE

Quando perguntamos a um sujeito quem ele é normalmente ele nos conta sua história de vida. Dificilmente ele vai enumerar seu gênero, classe e etnia, o que ele faz mais comumente é nos narrar uma história. “Nós construímos nossa identidade ao mesmo tempo em que contamos nossa história de vida” (SARUP, 1996, p. 15).

O sujeito constrói sua identidade através da interação e olhar para o outro, através da intersubjetividade. É quando esse percebe diferenças e semelhanças em relação ao outro, que vai entendendo a representação de como ele mesmo se enxerga e como os outros também o fazem (TILIO, 2009).

[...] não existe o sujeito individual, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro” de cada um (AYRES, 2001, p. 66).

Quando falamos do eu ou falamos do outro, na verdade, estamos falando de nós, baseado nesse sentido de interdependência do eu com o outro e do outro com o eu. “O diálogo só se torna possível no momento em que o eu autêntico pode falar sobre si mesmo em primeira pessoa” (SARUP, 1996, p. 19).

Sarup (1996) conta que identidade pode ter dois conceitos. Um mais tradicional em que ela é estática e produzida por fatores sociais. O outro mais atual, fala de uma identidade que é construída e que está em movimento, sendo importante os fatores sociológicos, mas também os psicológicos. “As identidades, nossas e alheias, são fragmentadas, cheias de contradições e ambiguidades” (SARUP, 1996, p. 14).

Identidade pode ser um meio termo entre o indivíduo e a sociedade, e pode ser uma ferramenta para tentarmos entender aspectos pessoais, da política e psicológicos tanto do indivíduo, quanto de um grupo (SARUP, 1996). Psicologicamente falando, uma pessoa não nasce, por exemplo, com uma identidade do que é ser homem ou mulher, ela constrói isso ao longo da vida, e isso se dá de acordo com a identificação que ela tem com o outro (SARUP, 1996). A identificação é um conceito que vem da psicologia e que se refere justamente à construção do eu e à relação entre sujeito e significante ancorado pelo afeto. O sujeito atribui significado ao signo através da sua fala e de suas relações, o tornando significante (STARNINO, 2016).

Um mesmo sujeito pode ter várias identidades sociais relacionadas a vários grupos a que se sente pertencente. Por exemplo, a mãe que mora na favela é mulher, mãe, pobre, em grande maioria negra, pode trabalhar ou não. Cada uma dessas categorias como gênero, raça, profissão, classe social traz o constructo de diferentes identidades para uma mesma pessoa (MOITA LOPES, 2003, 2002, 1999 apud TILIO, 2009).

Da mesma forma as identidades sociais de uma mesma pessoa podem ser contraditórias. Uma mesma pessoa pode frequentar religiões diferentes, por exemplo. Ao mesmo tempo, as identidades sociais, como dito antes, não são fixas, elas podem mudar conforme mobilidade do sujeito nos grupos (MOITA LOPES, 2003, 2002, 1999 apud TILIO, 2009).

Castells (2018) faz uma distinção entre identidade coletiva e papel social. O papel seria atribuído pela sociedade, já a identidade é construída pelo indivíduo. Por exemplo, a sociedade atribui um papel a determinada pessoa por ser mãe ou pai, por ter certa profissão, por frequentar

ou não uma religião. Uma mesma pessoa pode ter mais de um papel e esses serem contraditórios. No entanto, “a identidade é uma fonte de significados construída pelos próprios atores, por eles organizadas, e constituída por meio de um processo de individualização” (CASTELLS, 2018, p. 54).

Quando falamos em coletivo não podemos deixar de apontar as relações de poder. Também Castells (2018) fala dessas relações de poder e divide as identidades coletivas em três classificações: a identidade legitimadora, que seria a da classe dominante, a que se impõe ao resto da sociedade; a identidade de resistência, formada por aqueles que estão em posições desvalorizadas e estigmatizadas e ali resistem; e identidade de projeto, quando os sujeitos conseguem através de um material cultural transformar sua identidade e são capazes de reposicionar seu lugar na sociedade.

#### 5.4 FAVELAS

O olhar para a pobreza urbana começa com os cortiços no início da República, onde a maior parte das pessoas pobres, pretas e imigrantes residiam perto das opções de trabalho que tinham, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Eram as antigas casas da elite que, divididas em várias pequenas unidades alugadas, formavam os cortiços da época. Com a especulação imobiliária e a promessa de modernização da cidade, os cortiços foram simplesmente demolidos e cada família teria que buscar individualmente sua solução habitacional. Dessa forma, aproveitando-se até mesmo dos escombros de suas antigas residências, iniciou-se as construções nos morros daquela região. Apesar de constar registro de ocupações onde seriam a favela da Mangueira e do morro de Santo Antônio, anterior ao morro da Providencia, o nome favela surge quando os ex-combatentes da Guerra de Canudos retornam à cidade do Rio de Janeiro e, sem o pagamento do governo, vão se abrigar no morro da Providencia que passa a ser chamado de morro da Favela (VALLADARES, 2016).

As favelas são tidas como sinônimo de aglomerações subnormais para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e são definidas como:

Conjunto constituído por no mínimo 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.), ocupando – ou tendo ocupado – até período recente, terreno de propriedade alheia (público ou particular); dispostas, em geral, de forma desordenada e densa; e carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais e privados (IBGE, 2010, online).

Essa definição traz consigo uma conotação negativa já na sua nomeação como “aglomeração subnormal” e também no sentido da ausência, carência. Esse sentido é equivocado. Esse vazio que costuma ser a visão que se tem das favelas não é sua realidade, e pode-se dizer que é um estereótipo. Outra ideia construída sobre as favelas é que elas são hegemônicas, o que não é real, cada uma possui suas particularidades e são bastante heterogêneas entre si, pois, até numa mesma favela existem várias realidades distintas (SILVA *et al.*, 2009).

Podemos perceber ainda nesse conceito um sentido muito presente e que repercute a vida das pessoas que ali residem, que é o da ilegalidade. As favelas são tidas como invasões, como apropriação ilegal de solo. Até 1980 eram tidas como habitações que deveriam ser provisórias e com diversas ameaças e algumas políticas de remoção. O Estado era presente mesmo que precariamente com alguns serviços, como a bica colocada para fornecimento de água na década de 30. Era presente também ao categorizar aquela região específica como favela, o que gerava ônus, e instituía alguns direitos, como a garantia de nova habitação em caso de remoções. Existia a ideia de que as favelas não poderiam ser melhoradas, pois garantia a sua provisoriade. Atualmente as remoções são permitidas apenas em caso de risco e para lugares próximos. Contudo, tem-se ainda muito forte a intenção de conter as favelas, o seu crescimento, muitas vezes com a desculpa de preservação ecológica, mas por trás, tem-se o ideal de as separar do asfalto, de delimitá-las, especialmente em regiões mais nobres (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Ainda refletindo sobre a questão fundiária das habitações das favelas, por um lado são reconhecidas pelo direito ao solo brasileiro a todos os cidadãos e o direito humano à moradia, por outro não são reconhecidas pelas características de ocupação em que se iniciaram e as fazem crescer até hoje. Entretanto, as comercializações nesses espaços com desenvolvimento de venda e aluguel de imóveis, muitas vezes por pessoas que residem fora da favela, deixam claro que a palavra ocupação nem sempre é real. A política de habitação, para além do reconhecimento da favela como parte da cidade, precisa ser a de garantia de moradias com qualidades como saneamento básico e segurança, para além das tentativas de contenção de crescimento das favelas, um trabalho intersetorial que vise diminuir a desigualdade social (FERREIRA FILHO, 2021).

É preciso deixar claro que neste texto acreditamos que a existência das favelas é reivindicação da população pobre por seu espaço na cidade (JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2009). Ela já surge como lugar de exclusão, como lugar ilegal e de pessoas marginalizadas, inclusive tratados como não cidadãos. Então o fato de as favelas existirem é um grande grito de que a cidade maravilhosa também é do pobre e do preto.

A cidade do Rio de Janeiro é muito desigual. Os bairros das elites têm um alto nível de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), alguns comparáveis a países europeus, já às favelas, em sua maioria, têm um IDH baixo, alguns bem mais baixos que o nacional (JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013). Em favelas do Rio de Janeiro as escolas costumam fechar diversas vezes ao ano por causa de tiroteios. Os adultos não conseguem trabalhar por vezes devido dificuldade de ir e vir em dias de operação policial. Os direitos dos cidadãos são atravessados constantemente, e ainda que nossa defesa seja a favela como parte da cidade, é nítida a diferença entre ela e o asfalto.

Os moradores da favela falam dessa diferença e colocam como pontos de tensão o entrar e sair da favela. Apesar de estar, asfalto e favela, na mesma cidade, são percebidas funcionalidades, regras e sociabilidades diferentes em ambas. Alguns moradores sentem-se desconfortáveis ao ter que sair e enfrentar a cidade fora da favela. Até mesmo a relevância para as decisões de caráter político e público são diferentemente empregadas para regiões nobres e periferias (BORRET *et al.*, 2019).

O capitalismo neoliberal globalizado é um modelo econômico em que se visa acumular capital através de exploração. Ele, por si só, visa a desigualdade, enquanto alguns são acumuladores de capital outros têm sua mão de obra explorada. Ele perpetua a desigualdade de gênero, social e racial na sua esfera macropolítica. E na micropolítica ele captura, compra, vende a força vital, o poder criador da biosfera, não só dos humanos, mas com a exploração do planeta como um todo (ROLNIK, 2019). A Favela, lugar onde moram as famílias pobres, em sua maioria pretas, estão cruelmente submetidas a esse sistema que os explora. As pessoas que nela residem tem acesso à mídia e almejam os produtos que o capital promete e vende, só que estão do outro lado, na parte dos explorados e submetidos.

A favela desde seu surgimento é definida também por sua sociabilidade própria (JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2009; VALLADARES, 2000). A proximidade das casas, a família estendida, que mora junto ou próxima, a cooperação mútua e os mutirões são do cotidiano da favela. Diante da visão hegemônica que as classes dominantes impõem sobre a favela (lugar da ilegalidade, das ausências, da miséria, de ladrões e traficantes), seus moradores resistem em tentar mostrar o contrário. Com isso, trazem alguns antagonismos como trabalhador versus bandido; a visão de sujeira e pobreza versus uma casa limpa e organizada. Há também uma valorização do indivíduo, em relação ao coletivo, como se cada pessoa ou família pudesse se destacar das qualidades negativas destinadas a favela por mérito próprio. Essa visão focada no indivíduo, na intimidade da família, também é cruelmente colocada e veiculada pelos detentores do poder e defensores do capitalismo neoliberal.

A entidade da família tem um papel central, não apenas como rede de apoio, em vista da vulnerabilidade social, mas principalmente por ser “uma referência simbólica fundamental que organiza e ordena sua percepção no mundo social” (ACOSTA; VITALE, 2005, p. 48). Estas são instáveis, sofrem perdas constantes, seja por abandono seja para a violência, também mudam com novos relacionamentos e nascimentos de novos filhos. As mulheres assumem papel importante tanto na família nuclear quanto na família estendida (JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013).

As famílias têm uma hierarquia própria. Mulheres assumem o lugar do cuidado com os demais integrantes da família e com a casa, essas, cada vez mais têm adquirido poder econômico, indo ao mercado de trabalho e assumindo a responsabilidade econômica. No entanto, é o homem a figura moral da família, o comunicador com o mundo externo. Os filhos têm o dever de retribuir o cuidado dos adultos que os criaram. A família nem sempre está restrita a uma casa só, conta-se com avós, tios, irmãos. Há em geral muitas rupturas causadas pela violência, pelas separações e por novas construções conjugais, que se tornam crises que podem gerar novos arranjos na família estendida (ACOSTA; VIATALE, 2005).

Além da casa e da família, quem ganha muita importância nas favelas são as igrejas. A católica entrou com autoritarismo na época da fundação Leão XIII e de alguma forma ajudou as favelas a se fixarem, criando organizações de mutirões, incentivando associação de moradores ou, até mesmo, movimentos contra suas ações. Depois vieram as igrejas evangélicas que começaram a crescer com mais força na década de 80, elas têm representado um mundo moral possível e até uma posição social nas periferias. Enquanto a violência e o medo dessa é vista como fator de sofrimento/doença por seus moradores, a igreja e a fé são recursos de saúde. Entretanto, deve-se ressaltar que o mundo moral dividido entre certo e errado traz consigo sofrimento para quem não consegue se encaixar no que a igreja considera como “caminho do bem” (BORRET *et al.*, 2019).

Nota-se, no entanto, que as religiões ordinárias das culturas afrodescendentes foram em muito diminuídas pela entrada das igrejas. A umbanda vem perdendo espaço ao longo das últimas décadas para as igrejas católicas, o que não deixa de ser a cultura branca se impondo a preta (REIS, 2020). Mais que isso, essa imposição de cultura se reafirma na intolerância religiosa e na violência que as pessoas que frequentam e praticam as religiões de matriz africana sofrem. As denúncias de tais atos vêm aumentando nos últimos anos (SOUZA, 2019). O fato de os traficantes terem grande relação com a igreja evangélica é visto como positivo, numa perspectiva de “salvação” e reconquista, entretanto, quando associados às religiões de matriz

africana a mídia traz uma conotação negativa, o que nos fala sobre o racismo estrutural vivido (BORRET *et al.*, 2019).

O racismo estrutural corresponde a um sistema de opressão cuja ação transcende a mera formatação das instituições, eis que perpassa desde a apreensão estética até todo e qualquer espaço nos âmbitos público e privado, haja vista ser estruturante das relações sociais e, portanto, estar na configuração da sociedade, sendo por ela naturalizado. Por corresponder a uma estrutura, é fundamental destacar que o racismo não está apenas no plano da consciência – a estrutura é intrínseca ao inconsciente. Ele transcende o âmbito institucional, pois está na essência da sociedade e, assim, é apropriado para manter, reproduzir e recriar desigualdades e privilégios, revelando-se como mecanismo colocado para perpetuar o atual estado das coisas (BERSANI, 2018, p. 193).

Para a biologia não há classificação de raças na espécie humana, só faz sentido falar de raça no sentido sociológico, na medida em que o racismo é diagnosticado (BERSANI, 2018). O racismo contra a população preta no Brasil vem do legado da escravidão, que durou mais de três séculos, e que mesmo após a sua abolição, perpetuou a ideologia de desvalorização dessa população. Com a abolição, o trabalho deixou de ser escravista e foi substituído pelo trabalho livre, porém as pessoas pretas não tiveram direito ao trabalho formal, foram excluídas, marginalizadas e tendo que recorrer a trabalho doméstico e informal, vivendo em condições de miséria (KALCKMANN *et al.*, 2007, BERSANI, 2018). O capitalismo veio se firmar no Brasil no século XIX com a ascensão da classe burguesa. Esse sistema encontra-se indissociável à ideologia racista, estando a questão racial atrelada à luta de classes (BERSANI, 2018). Por mais terrível que seja essa realidade, mesmo no Brasil atual, não somos todos iguais, e é importante reconhecer isso para que consigamos diminuir os abismos ainda existentes.

Dois estilos musicais com origem afrodescendentes representam as favelas cariocas e se tornam voz e resistência de seus moradores: o Samba, que através de um estudo de suas letras é capaz de, por si só, contar a história das favelas na cidade, protagonizando até hoje o carnaval carioca vendido para todo mundo através dos desfiles das escolas de samba (ZALUAR; ALVITO, 1998); e o Funk, que também expressa, em muitas de suas letras, o cotidiano da favela, suas dores e também suas virtudes, identidade e esperanças (LOPES, 2009). Os Bailes Funk são promovidos, em geral, pelos traficantes, onde se estabelece, muitas das vezes, disputas entre grupos rivais. As escolas de samba além de patrocínios de fora da favela também recebem dinheiro de donos do jogo do bicho e traficantes (ZALUAR; ALVITO, 1998). São música, são cultura, são expressão nascida na favela, por sua maioria de população preta e tem suas reações intrincadas e com regras subordinadas à localidade.

Em antagonismo e tensão ao espaço da casa e da família está o espaço da rua. Essa é vista como um espaço de perigo, insegurança e violência nas favelas. Para as crianças é um espaço que ao mesmo tempo em que atrai para a convivência com seus pares etários e aventuras, também assusta (GOUVÊA, 1993; GUARESCHI *et al.*, 2002a).

A violência está presente em todos os trabalhos que falam sobre a cultura e cotidiano da favela aqui estudados (BAGNO; SILVA; PINTO, 2015; GOUVÊA, 1993; GUARESCHI *et al.*, 2002a, 2002b, 2003; JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013; LANSKY; GOUVÊA; GOMES, 2014; LOPES, 2009; RAMOS; CARVALHO, 2008; SILVA *et al.*, 2009). Em diferentes perspectivas, como: a violência da pobreza; da fome; da dificuldade de conseguir um emprego com salário e carga horária dignos; a violência de fazer crianças amadurecerem mais cedo e, também, a negligência com elas; a violência das mães ao baterem em seus filhos, mesmo que com a justificativa de cuidado; a violência de gênero e no racismo vivido; e, também, a violência armada.

O tráfico de drogas que cresceu nas favelas desde as décadas de 1970 e 1980 e as dominam até hoje, são os grandes reguladores da vida comunitária na favela. Após a redemocratização do país houve investimento internacional na venda de drogas ilícitas com entrada de armas, o que afetou as grandes metrópoles e nelas principalmente suas periferias, as favelas. A presença insuficiente do Estado dava espaço para que esses grupos, com força econômica e armamentista, dominassem as favelas. O paradoxo de desfrutar a democracia no asfalto e não ter nas favelas, em muitos momentos, os direitos básicos de ir e vir e de fala respeitados (ZALUAR; ALVITO, 1998).

Eles permitem ou proibem. Tem a força econômica e física, armamentista. Castigam e prestigiam. São algumas vezes motivo de orgulho e muitas vezes o maior medo para as famílias dos que ali residem. Ora são acusados por cooptar crianças e adolescentes a entrarem para seus grupos e ameaçarem famílias violentamente, ora são prestigiados por trazer a ordem (GUARESCHI *et al.*, 2003; JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013).

Os traficantes, aqueles que andam armados nas favelas, em geral homens e jovens, muitos ainda adolescentes, entendem a responsabilidade como algo do indivíduo. O “sujeito homem” como se autodenominam é aquele que admite suas atitudes e enfrenta suas consequências. Tem uma visão maniqueísta, entendendo que nas favelas há regras e que a partir disso, um sujeito pode estar certo ou errado, sem meio termo. São os responsáveis por cobrar, julgarem e também por aplicarem as consequências e punições. A pessoa que erra, o “vacilão”, nessa semântica de único responsável pelos seus atos, recebe em geral como consequência a morte. Não há muito uma diferenciação da penalidade, e sim a presença de um limite que não

deve ser transgredido a fim de não receber tal consequência. Embora a responsabilidade seja entendida com algo individual, o julgamento é entendido como algo coletivo da facção (CUNHA; FELTRAN, 2013).

A polícia é vista com desconfiança. É tido que eles têm a ideia de que todas as pessoas que moram na favela são bandidos (GUARESCHI *et al.*, 2003). Ela é a principal entrada do Estado nas favelas e, geralmente, é feita com muita violência gerando muito sofrimento e medo durante suas incursões. (JOVCHELOVITCH *et al.*, 2013). A violência institucional leva luto e sofrimento pela injustiça, principalmente aos familiares de suas vítimas. Carneiro e colaboradores (2015) contam como as famílias que buscam justiça se expõem a longos processos e também a riscos de mais violência. Afirma ainda que, nesse meio, somente as mães de “trabalhadores” têm direito a sofrer e lutar pela justiça da morte de seus filhos.

Estamos, então, diante de um quadro de sobreposições de criminalização: a potencialidade de crime que é utilizada como justificativa para a incursão que provoca a chacina é a mesma potencialidade depositada na ação dos moradores que quiseram pendurar uma faixa na passarela e foram presos; essa é a mesma potencialidade que reúne as vítimas das chacinas, seus familiares e os demais moradores da favela sob uma nebulosa de suspeitas. [...] a favela (carioca no caso) carrega no seu histórico, intervenções governamentais que deslocam do centro das atenções higienistas das políticas públicas de saúde e assistência social para alvo principais das políticas de segurança pública, marcando investidas de poderes disciplinarem e biopoder (CARNEIRO *et al.*, 2015, p. 424).

## 5.5 COTIDIANO DA APS

A APS teve seu conceito concebido na conferência de Alma-Ata, sendo considerada o nível de atenção com os cuidados à saúde fundamentais e essenciais, assim, deveriam ter oferta ampla e universal e estar próximas a moradia e trabalho dos sujeitos. No Brasil, a APS ganha centralidade no sistema de saúde somente na implantação do SUS durante o processo de redemocratização do país, e se reestrutura apenas com o programa de saúde da família nos anos 90, depois melhor denominado como ESF para mostrar seu caráter sólido e não transitório (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Uma APS forte e articulada em rede garante um maior acesso aos serviços de acordo com as necessidades, uma diminuição de procedimentos e exames desnecessários que podem ser lesivos, diminuição da mortalidade, diagnóstico e tratamento precoces de doenças e valorização da promoção e prevenção (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

São quatro os atributos essenciais da APS: atenção no primeiro contato, quando a população identifica aquele serviço como primeiro recurso a ser procurado quando se tem um

problema; longitudinalidade, o serviço ser utilizado e tornar-se uma fonte regular de atenção ao longo do tempo; coordenação, articulação das redes e níveis de atenção, exames e serviços em busca de um único objetivo; e integralidade. Esse último pode ser dividido em quatro dimensões: o primeiro é a integralidade nos três níveis de atenção e assistência à saúde, ou seja, deve existir uma integralidade entre os serviços de tecnologias e complexidades diferentes com garantia ao indivíduo de que suas demandas em saúde sejam atendidas; a segunda é uma abordagem integral do indivíduo e da família considerando que os profissionais de saúde e serviços sejam centrados no usuário, que se valorize não só o biológico, mas os aspectos psicossociais daquele problema; a terceira é a primazia da promoção e prevenção das ações, levando em consideração os determinantes de saúde, uma visão mais ampla de saúde que não se restrinja apenas a ausência de doença; a quarta é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, devendo essas não serem mais ações planejadas e realizadas separadamente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ainda tem como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Ou seja, na avaliação integral do indivíduo ter em mente a importância do contexto familiar e sua abordagem; o olhar para a comunidade que a equipe está inserida, suas características epidemiológicas, seus pontos e aparelhos de proteção e de risco para a saúde comunitária; e a equipe conseguir se comunicar através de adaptações e validação da cultura dos usuários, que as vezes é diversa da do profissional de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Esses atributos são usados como meio de avaliar a qualidade da APS, que no Brasil ainda temos muitos desafios a enfrentar. Quanto ao acesso, apesar de ter tido grandes melhorias como a implantação do acolhimento em mais de 80% das UBS e com reserva para atendimentos no mesmo dia pela maioria das UBS, ainda existem várias barreiras organizacionais, como a encontrada pela dificuldade em agendar consultas pelos usuários. Essas barreiras são causadas, por exemplo, pela falta de capacitação profissional, falta de espaço reservado para reflexão e organização dos processos de trabalho e grande número de pessoas cadastradas por equipe de saúde, gerando elevada pressão assistencial. A longitudinalidade também está longe do ideal, especialmente pela grande rotatividade dos profissionais da APS, mas não só por ela, mas pela baixa qualidade do vínculo criado entre as equipes e o usuário. A integralidade ainda fica aquém, apesar das melhorias que já ocorreram, o acesso, por exemplo, à saúde bucal é um grande entrave no Brasil. A falta de estrutura em muitas UBS não permite a realização de várias ações que deveriam ser realizadas por estas Equipes. No Brasil, a coordenação do cuidado pela

APS fica ainda aquém do desejado, com diversos escapes e agendamentos para especialistas feitos por intermediários e não pela própria equipe (LIMA *et al.*, 2018).

Houve uma grande expansão da APS através da ESF no Brasil. Esse aumento pode ser percebido pelo aumento do número de equipes de pouco mais de 2 mil em 1998 para mais de 41 mil Equipes em 2017. Nesse período houve uma redução de 45% das causas de internação sensíveis a APS na média nacional, o que mostra como a implantação e ampliação da cobertura pela ESF trouxe melhoras de acesso a cuidados de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A APS do Rio de Janeiro teve uma ascensão com um aumento de cobertura pela ESF, o que foi exponencial entre os anos de 2009 e 2016 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Muito embora essa expansão tenha se dado pela precarização da relação de contrato do município com os profissionais de saúde através das organizações de saúde. O aumento da cobertura foi acompanhado, também, pela qualificação da APS e isso pode ser constatado pela redução das internações hospitalares por causas sensíveis a APS, um bom indicador de efetividade (SANTOS *et al.*, 2018).

A produção do cuidado em saúde é feita no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários. O profissional de saúde se utiliza de suas ferramentas como conhecimentos e equipamentos para atuar sobre o usuário, que por sua vez também é agente. Juntos buscam algo de alto valor que é a saúde, com suas representações e significados plurais e singulares (MERHY, 2002).

O cotidiano fala do habitual, do comum, daquilo que acontece na vida diariamente, do empírico. Embora, possa parecer menos importante, é justamente no cotidiano que a vida acontece, que as histórias são escritas. O cotidiano acontece através da objetificação que o ser humano faz das coisas e ações, nomeando, reconhecendo-as, repetindo-as, e partindo da sua historicidade (GUIMARAES, *et.al.*, 2002).

Na APS o cotidiano é complexo e está em construção diariamente. Os encontros acontecem entre profissionais e usuários, entre profissionais e outros profissionais e também entre usuários e outros usuários. A sua localidade não é fixa, é variável, os encontros podem acontecer na unidade de saúde, no domicílio, nas ruas e em escolas. As ações são diversas como consultas, procedimentos, vacinas, visitas domiciliares, grupos educativos, reuniões de equipe e reuniões com a comunidade.

A UBS, em geral, fica dentro de seu território de abrangência, grande parte de seus profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são constituintes da população a quem a equipe presta cuidados. Portanto, a APS é viva como seu território de abrangência, transforma e é transformada por ele, o cotidiano do território e da APS são intricados, entrelaçados.

Os ACS que são parte e ponte equipe/território/usuários. Eles são os grandes responsáveis por facilitar o acesso à saúde numa perspectiva do olhar comunitário e também ao advogar pelo seu paciente cadastrado. Também em quantitativo, são a maior categoria entre os profissionais que atuam na APS. O barulho de conversas e risadas na sala dos ACS mostram que ali é mais do que espaço de trabalho acontecendo em seus computadores para cadastro e alimentação de fichas de acompanhamento, ali é espaço de encontro, de trocas e de uma força coletiva as vezes pouco conhecida.

A proximidade dos ACS com o território e a vida comunitária, aumentam as chances de ações efetivas de promoção e prevenção em saúde. Suas atividades envolvem habilidades éticas e de interação e comunicação com indivíduos e grupos. Seu papel principal é no território, requer comprometimento e muitas vezes causa sofrimento por sobrecarga e responsabilidade (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010). Espera-se ainda, que os ACS sejam mediadores de conflitos, atuem na educação popular e sejam mobilizadores da comunidade onde vivem e trabalham (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

Os profissionais de saúde que não moram no território daquela UBS, muitas vezes como no caso em que o território é uma favela, não entendem e não compartilham das vivências e dos significados que os usuários atribuem à vida. Tratar tuberculose por seis meses e morrer durante uma operação policial no mês seguinte, o valor e até mesmo a expectativa de futuro (vivem o presente, o imediato) para alguns indivíduos e famílias é totalmente diversa. Esse profissional ao criar vínculo, ao se permitir permanecer por tempo suficiente, ao se abrir para ouvir, ao caminhar pelas ruas, aos poucos vai deixando de ser tão estrangeiro como antes, mesmo que nunca o deixe de ser totalmente.

Em uma breve revisão da literatura (BRITO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2013; FREIRE FILHO *et al.*, 2018; TEIXEIRA; MISHIMA, 2000) sobre os profissionais da APS com ensino superior, encontramos pouco sobre questões sociais desses indivíduos. O que os estudos apontam é que a maioria desses profissionais são do sexo feminino, falam da faixa etária geralmente mais jovens, e um deles (FREIRE FILHO *et al.*, 2018) aponta para diferença de origem estrangeira ou brasileira para os médicos. Os estudos não contam a questão racial e de classe, porém, pela história e desigualdade de nosso país que a maioria desses profissionais tenham um distanciamento social dos usuários que residam nas periferias.

Dentre os atributos que mais tensionam a APS é o fato dela ser o primeiro contato do usuário com o SUS, a porta de entrada. Esse acesso nem sempre é o ideal nem para quem trabalha nem para o usuário, devido às incongruências entre o que se oferece e o que se precisa, como entre número de usuários e equipes completas. A tensão é perceptível tanto para o usuário,

que ao sair de casa vem formulando o que vai precisar falar para conseguir o que precisa/deseja na UBS, tanto para o trabalhador, que ou precisa delimitar o que e como vai ser realizado durante os atendimentos ou o que vai atender sem saber o quanto e em que condições.

A questão de a APS ser porta de entrada implica no fato de a porta estar sempre aberta e traz um milhão de possibilidades para o cotidiano daquela UBS e daquela equipe de ESF. Nem sempre os dias são previsíveis ou planejáveis, cada dia pode ser de uma forma completamente diferente do outro. Num dia de chuva podem vir menos pessoas à unidade, já no dia depois da operação policial numa favela, podem vir muito mais pessoas para atendimento, por exemplo. Há dias em que se precisa chamar mais de três ambulâncias para transporte às unidades de emergência e há dias em que se consegue resolver tudo na UBS.

É comum vermos famílias vindo juntas à UBS, assim como é comum atender mais uma pessoa daquela família mesmo que somente um membro tenha solicitado atendimento na recepção. Da mesma forma que as famílias, o território também inunda as unidades com seus sons, medos e tristezas. Em dias de enchente, as lágrimas e também a solidariedade preenchem todo o ambiente. É como se o atributo secundário da orientação familiar e comunitária da APS fosse o tempo todo apresentados à equipe, mesmo que o intuito não tenha sido esse.

Por fim, o cotidiano de uma UBS e uma equipe de ESF é afetado pela rede de saúde em que ela se inclui. A existência, ou não, de vagas para atenção secundária para quando esta é necessária, ou mesmo de um exame de complexidade elevada para um diagnóstico, a dificuldade enfrentada nas emergências lotadas que não conseguem ser também uma porta de entrada para casos mais graves, isso tudo afeta usuários e dificultam o trabalho dos profissionais que precisam, dentro dessa rede, coordenar o cuidado.

Além disso, a rede intersetorial também influi nesse cotidiano. A relação com as escolas e as demandas de saúde que elas atribuem, por exemplo uma escola pode ter muitas crianças com dificuldade de aprendizado e nos encaminham para uma avaliação, ou mesmo quando há um surto de alguma doença infecciosa. As igrejas e os significados ao processo de saúde e doenças que podem ser atribuídos nestes locais também se tornam importantes influenciadoras desse cotidiano, e por fim, as vias de transporte e os perigos a saúde que elas podem incorrer, como as pessoas que moram perto das ferrovias. Esse olhar para o território e suas instituições fazem parte do cotidiano da APS tanto para identificar vulnerabilidades e fatores de proteção quanto para o planejamento de ações.

## 5.6 A APS BRASILEIRA NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Existe um consenso de que o problema da pandemia deve ser resolvido pelo Estado e não pela iniciativa privada, e fica claro mais do que nunca a importância de sistemas universais de saúde (NEDEL, 2020). APS, como base do SUS, deve se responsabilizar pela vigilância no território e educação em saúde como, por exemplo, na identificação de casos suspeitos e a orientação e incentivo à população para fazer o isolamento domiciliar. Precisa manter a oferta de demais serviços como aos casos de saúde mental, atendimento às gestantes e manejo de doenças crônicas. Servir como suporte social para grupos vulneráveis, identificando aparelhos na comunidade que possam ajudar e também, deve atuar no atendimento aos pacientes com COVID-19 (MEDINA *et al.*, 2020; NEDEL, 2020).

Cerca de 80% dos casos de COVID-19 apresentam-se com sintomas leves e podem ser resolvidos na APS. Ter uma APS estruturada para atendimento e enfrentamento à pandemia evita uma sobrecarga ainda maior dos demais níveis de atenção que já estarão atendendo aos casos mais graves. De uma maneira geral, as UBS instituíram um profissional com escolaridade de nível superior como responsável pela avaliação e para estar à frente destes atendimentos das pessoas que teriam quadro clínico suspeito para a COVID-19 (síndrome gripal). Os atendimentos incluem identificação da gravidade do quadro, testagem e notificação epidemiológica. Sendo que para os casos leves são prescritos medicações sintomáticas e orientação de isolamento com fornecimento de atestado médico, já os graves são estabilizados e solicitado transferência para hospitais e emergências (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2021; CIRINO *et al.*, 2021; FERNANDEZ *et al.*, 2020; SILVEIRA; ZONTA, 2020).

A reorganização dos serviços para enfrentamento a pandemia inclui separar um ambiente para atendimento dos casos de síndrome gripal e os demais pacientes sem síndrome gripal (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2021; CIRINO *et al.*, 2021; FERNANDEZ *et al.*, 2020; SILVEIRA; ZONTA, 2020). A necessidade de atendimentos na APS por outras causas que não as relacionadas com a COVID-19 não diminuíram durante o período pandêmico, embora o medo de contrair a COVID-19, e também a avaliação do risco de expor alguns grupos de pessoas ao se deslocarem para ir a UBS tenham diminuído oferta e procura desse tipo de atendimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que para melhor prevenção de contágio de usuários assintomáticos, os sintomáticos sejam atendidos em ambiente externo numa tenda e de preferência por uma equipe diferente (NEDEL, 2020). Em alguns municípios menores a estratégia foi de que algumas unidades foram definidas para atendimento a casos

suspeito de COVID-19 e outras para atendimento a pessoas sem sintomas gripais (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

O telefone como meio de comunicação ganhou força durante esse período de pandemia. Serviços se utilizam desse meio para teleatendimentos, monitoramento de casos e convocar contatos (SILVEIRA; ZONTA, 2020). As consultas à distância, que passaram a ser uma realidade em boa parte da APS brasileira em diferentes proporções, têm vantagens como a preservação do isolamento do usuário e não exposição a riscos indo à unidade de saúde. Contudo, traz limitações como a falta de privacidade em alguns domicílios, dificuldade de acesso às tecnologias que a possibilitem, e a impossibilidade do exame físico (SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020).

Quanto a vigilância, como nos dizem os guias e as notas técnicas do Ministério da Saúde (MS), fica sob responsabilidade da APS a notificação epidemiológica dos casos leves e também das SRAG. A notificação epidemiológica é enviada através da internet, na página denominada e-SUS Notifica, e não é levada em consideração nesses documentos que em dezembro de 2019 menos de 30% das UBS tinham acesso à internet. Também fica sob responsabilidade da APS o monitoramento dos casos, convocação dos contatos e a testagem para diagnósticos, assim como, a confecção de atestados médicos para afastamento das atividades laborais. Pouco se fala nos documentos do MS sobre a integração das equipes de vigilância epidemiológica dos municípios e a APS (PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022).

Em diversas UBS, os ACS tiveram grandes alterações de seu cotidiano de trabalho. Na maioria delas, ele ficou mais responsável pelo monitoramento dos casos, fazendo papel de vigilância e usando a ferramenta do telefone. Os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) passaram também a atuar ou como profissional na porta de entrada das unidades ajudando na triagem de casos suspeitos, ou no monitoramento por telefone ou ainda no suporte aos demais profissionais de saúde e a casos de saúde mental (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022; SILVEIRA; ZONTA, 2020). Em alguns municípios, esses profissionais chegaram a ser realocados para fora da APS atuando em barreiras sanitárias (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

É importante pensar no perigo de descaracterizar o trabalho de profissionais tão importantes e protagonistas da APS. Distanciar o ACS do território com inúmeras funções, muitas vezes administrativas, podem trazer consequências graves para o cuidado ampliado em saúde. O mesmo vale para os profissionais do Núcleo de Apoio a saúde da Família, que ausentes comprometem em muito a integralidade (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

Os profissionais da saúde bucal também não puderam realizar seus atendimentos de rotina por causa da dispersão de aerossóis, e foram também realocados para teleatendimentos e telemonitoramento, além de continuarem atendendo aos casos de emergência (SILVEIRA; ZONTA, 2020).

A pandemia desorganiza e reorganiza a APS, mas também, mesmo que tardiamente, pois no início só se falava no investimento em hospitais, coloca holofotes sobre ela. O serviço que carrega consigo a responsabilidade de vacinar toda a população brasileira, da classe rica aos que vivem em situação de rua, trazendo consigo a esperança de uma vida sem máscaras e sem tantas mortes e medos. O serviço que oferece o teste para COVID-19, e depois que o SUS realizou a compra em larga escala do teste do antígeno — que gera o resultado em 15 minutos — tem sido procurado por muitos integrantes da classe média, mesmo os que têm seguro privado de saúde (que muitas vezes impõe burocracias e tempos para autorização). É também, portanto, o nível de atenção que com o desemprego, inflação e aumento da pobreza recebe cada dia mais pessoas em busca de cuidado de saúde integral.

Esse holofote pode e deve ser aproveitado para mostrarmos a importância de uma APS forte e do nosso sistema de saúde universal:

Parece que entre os aprendizados do momento está a necessidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde e torná-lo efetivamente universal, baseado na APS. [...] não parece haver uma quebra de paradigma, pelo contrário, os princípios fundadores da APS saem fortalecidos. Para dar conta de atender aos problemas típicos da AB e para atender às demandas trazidas pela COVID-19, precisamos uma APS que recupere seus princípios de base comunitária, trabalho em equipe, intra e extramuros, com usuários, pacientes, famílias e comunidade. Que busque atenção integral e não cumprir uma carteira de serviços (que não previam a COVID-19). Que entenda que a integralidade depende do trabalho em equipe sobre um território, do qual não pode prescindir a clínica ampliada. Finalmente, parece que o atributo de “orientação comunitária” da APS não é “derivado”, como propõe Starfield, mas sim “essencial”, inclusive para alcançar a integralidade (NEDEL, 2020, p. 13-14).

Assim, levando em consideração toda essa transformação e reorganização da APS se constrói as narrativas. O cenário destas é dado na UBS e também no território na qual ela está inserida, uma favela carioca. Seus personagens são profissionais de saúde, usuários, e eu mesma, buscando fazer um texto autoetnográfico, falo de nós e não só de mim, entendendo que somos indissociáveis.

## 6 NARRATIVAS

### 6.1 A TENDA E UMA UNIDADE DIVIDIDA AO MEIO

Neste difícil momento da pandemia de COVID-19 em todo o mundo e no Brasil, trouxe-nos preocupação o pronunciamento oficial do Presidente da República Jair Bolsonaro, ao ser contra o fechamento de escolas e ao se referir a essa nova doença infecciosa como “um resfriadinho”. Tais mensagens podem dar a falsa impressão à população que as medidas de contenção social são inadequadas e que a COVID-19 é semelhante ao resfriado comum, esta sim uma doença com baixa letalidade. É também temerário dizer que as cerca de 800 mortes diárias que estão ocorrendo na Itália, realmente a maioria entre idosos, seja relacionada apenas ao clima frio do inverno europeu. A pandemia é grave, pois até hoje já foram registrados mais de 420 mil casos confirmados no mundo e quase 19 mil óbitos, sendo 46 no Brasil. O Brasil está numa curva crescente de casos, com transmissão comunitária do vírus e o número de infectados está dobrando a cada três dias. Concordamos com o Presidente quando elogia o trabalho do Ministro da Saúde, Dr. Luiz Henrique Mandetta, e sua equipe, cujas ações têm sido de grande gestor na mais grave epidemia que o Brasil já enfrentou em sua história recente. Desde o início da epidemia, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estão trabalhando em conjunto com várias sociedades médicas científicas, em especial com a Sociedade Brasileira de Infectologia, com várias reuniões presenciais, teleconferências e trocas de informações quase que diariamente. Também concordamos que devemos ter enorme preocupação com o impacto socioeconômico desta pandemia e a preocupação com os empregos e sustento das famílias. Entretanto, do ponto de vista científico-epidemiológico, o distanciamento social é fundamental para conter a disseminação do novo coronavírus, quando ele atinge a fase de transmissão comunitária. Essa medida deve ser associada ao isolamento respiratório dos pacientes que apresentam a doença, ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde e à higienização frequente das mãos por toda a população. As medidas de maior ou menor restrição social vão depender da evolução da epidemia no Brasil e, nas próximas semanas, poderemos ter diferentes medidas para regiões que apresentem fases distantes da sua disseminação. Quando a COVID-19 chega à fase de franca disseminação comunitária, a maior restrição social, com fechamento do comércio e da indústria não essencial, além de não permitir aglomerações humanas, se impõe. Por isso, ela está sendo tomada em países europeus desenvolvidos e nos Estados Unidos da América. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e todos os demais profissionais de saúde estão trabalhando arduamente nos hospitais e unidades de saúde em todo o país. A epidemia é dinâmica, assim como devem ser as medidas para minimizar sua disseminação. “Ficar em casa” é a resposta mais adequada para a maioria das cidades brasileiras neste momento, principalmente as mais populosas (SIB, 2020, p. 1).

A unidade de atenção básica tem um estacionamento, uma área extensa, cujo limite é o muro da linha ferroviária que perpassa a favela. Esse muro já fora outrora fruto de muita discussão, pois sempre o destroem, criando buracos para que se tenha acesso à clínica, já tendo sido rota de fuga durante operações policiais. O terreno do estacionamento é vasto e descampado, o trem de transporte vai e vem se misturando aos outros sons do cotidiano da unidade. O barulho que realmente nos fazia pausar as consultas era o trem cargueiro menos constante e mais alto. Este trem que nos silenciava causava uma sincronia de movimentos entre os vendedores ambulantes da principal rua de acesso à favela, algumas barracas ficavam

montadas sobre seus trilhos e de forma ágil e habilidosa seus donos as desmontavam e remontavam conforme a ida e vinda do cargueiro.

Quando a pandemia da COVID-19 começou a ter seus primeiros casos no Brasil, tivemos uma reunião entre os profissionais da equipe técnica: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Nos reunimos no auditório, dispostos em círculo, com distanciamento, mas ainda aquela época sem máscara, pois a orientação em março de 2020 era usá-la apenas nos atendimentos. Havia uma tensão no ar, um medo de algo que nunca tínhamos vivido. Médicos e enfermeiros tomaram a frente da palavra. A principal pauta era decidir como nos organizaríamos para o atendimento aos casos de síndrome gripal e o que faríamos para proteger profissionais e usuários do novo vírus.

Eu não conseguia imaginar o que era uma pandemia de gripe. Sabia certamente que a APS seria afetada, somos porta de entrada, e pensava em algo em termos de duração semelhante a Zica e a Chikungunya enfrentadas recentemente. Tinha uma vaga lembrança das discussões sobre o Ebola que nunca tinha chegado ao Brasil, e as vezes, tinha esperança de que a COVID de fato pudesse ser controlado em nosso país, que nosso clima tropical ajudasse de alguma forma.

A equipe estava cansada e a população para quem prestávamos cuidado também. A última greve, no final de 2019, foi penosa demais para nós. Estávamos quase sem forças para seguir lutando por uma APS de qualidade e pelo pagamento de salários em dia. O acesso dificultado ao cuidado em saúde causado pelo descaso político e pelos nossos movimentos trabalhistas agora viria a perpetuar-se devido à pandemia. Pessoalmente eu não aguentava mais dizer não para os meus pacientes, adiar nossos encontros e sem saber por quanto mais tempo isso iria durar.

Vale ressaltar que até o final de 2019 chegamos à necessidade de recolher doação de alimentos, pois haviam ACS sem ter o que comer devido aos atrasos salariais. Fomos às ruas juntamente com os usuários e a maioria deles reconheciam nossa força e resistência diante daquela crise política que a saúde viveu naqueles últimos anos. Movimentos como o Nenhum Serviço de Saúde a Menos (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020) foram fundamentais para unir as categorias profissionais nas manifestações e enfrentamentos contra a gestão do então prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella.

Na unidade onde eu atuava, percebi como uma das consequências das greves e movimentos um embate maior entre as categorias profissionais, especialmente entre médicos e enfermeiros. A tensão política; as decisões, nem sempre em conformidade entre os sindicatos

das categorias; a desproporção das ações da prefeitura (como uma redução salarial muito expressiva para os enfermeiros e não para os médicos), acabaram por criar alguns acirramentos em discussões, o que antes não ocorriam.

A população sofria com a dificuldade de conseguir medicações nas farmácias da APS, a falta de exames que antes tínhamos facilidade de acesso, as greves e as filas enormes no sistema de regulação quase sem vagas. Era esse o nosso cenário antes da pandemia. Já partíamos de uma crise política e administrativa grave na cidade do Rio de Janeiro (O'DWYER *et al*, 2019).

Algumas normas foram dadas pela prefeitura, como a criação de uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) para atendimento aos casos de síndrome gripal, o isolamento de uma área para esses casos e outro para assistência a pessoas sem sintomas gripais, designação de profissionais para o papel do “posso ajudar” e a suspensão de consultas de rotina para grupos não prioritários. Mas a organização do espaço físico, por exemplo, foi algo que cada unidade teve que resolver, inventar e se reinventar.

Naquele momento, sem testes disponíveis para APS no Rio de Janeiro, sem vacinas, entendemos que a melhor maneira era montar uma tenda no estacionamento da unidade para atendimento dos casos de síndrome gripal. Os casos leves não entravam na unidade. Dividimos a unidade literalmente ao meio com um barbante e fitas penduradas, e o corredor à direita do auditório se destinaria aos casos de síndrome gripal que precisariam entrar na unidade para um exame físico mais aprofundado ou para administração de oxigênio e aguardar a ambulância.

A ERR era composta por dois médicos, um que ficaria na tenda e outro dentro da unidade, ambos com a incumbência de atender somente casos de síndrome gripal. Também havia um enfermeiro e um técnico de enfermagem designados para a ERR caso chegassem casos graves e críticos, eles ficavam em sobreaviso.

Um enfermeiro e um profissional do NASF-AB ficavam na função do “posso ajudar”, ou seja, ficavam na entrada da unidade fazendo a primeira escuta dos pacientes e avaliando o que entraria, o que deveria ir para tenda e o que, naquele momento, não seria atendido. Era um trabalho extremamente desgastante, fugia muito da nossa rotina de trabalho habitual. Era desconfortável pelo fato de o profissional ficar em pé por muitas horas, por ter de ouvir muitas pessoas e várias ao mesmo tempo, por ter que tomar decisões e algumas vezes limitar o acesso e dizer para a pessoa que ela não seria atendida.

Era visível o estresse dos profissionais que estavam no “posso ajudar”. As expressões eram de cansaço, os cabelos e as roupas já desalinhados ao passar do dia e muitas brigas ocorreram. Havia brigas ora por desacordo do que entraria ou não para atendimento, ora por

atrasos no cobrimento das escalas, mas todas elas, sem dúvidas, amplificadas pelo cansaço. A tensão era perceptível no ar.

Profissionais que estavam atendendo questionavam a triagem de quem estava no “posso ajudar”, que por sua vez rebatiam o quão difícil era fazer uma escuta com o mínimo de qualidade, de pé, sob o sol, com uma fila de pessoas ao redor e muitas vezes sendo interrompidos mais de uma vez por outros profissionais.

Certo dia eu estava atendendo na área destinada a atendimentos sem sintomas gripais. Um homem obeso de trinta e cinco anos entrou com a queixa de náuseas, visivelmente ele estava ofegante, dispneico. Pergunto sobre sintomas gripais imediatamente, ele inicialmente nega e depois se lembra que há cerca de 7 dias tinha se sentido gripado. Saturação no oxímetro baixa. Largo tudo, me paramento, levo para sala de observação do outro lado da clínica, coloco no oxigênio. Aciono ambulância para sua transferência. Chamo os profissionais da limpeza para higienização da sala e somente depois volto a atender outras pessoas.

Na ERR estar na tenda me trazia muitas angústias. Não podia examinar o sujeito com estetoscópio ou com as minhas mãos. Precisava ouvir através da máscara e procurar no oxímetro ou no seu relato se havia algum sinal de gravidade. Todo dia tinha pelo menos uma pessoa com gravidade, pelo menos uma ambulância precisava ser acionada para transferir o paciente para um leito com acesso a oxigênio.

Era difícil pensar no meu trabalho como médica de família naquele espaço. Eu não podia tocar no corpo do outro, e na minha especialidade o toque é tão importante... eu não conseguia fazer uma escuta mais ampla, eu precisava preencher uma ficha para depois gerar notificações e alimentar planilhas. Eu entendia que era meu papel naquele momento da pandemia, mas ao mesmo tempo, parecia que entregava tão pouco ao usuário e tudo isto exigia um consumo enorme da minha energia.

Desde a residência eu havia me encantado pela Medicina Centrada na Pessoa (STEWART *et al.*, 2017). Nos seus quatro componentes indissociáveis e a beleza de enxergar a autonomia do outro em seu cuidado, em escutar sobre a experiência de adoecimento para além do biológico, em conhecer os contextos do sujeito e ir conhecendo mais profundamente e construindo uma relação a cada consulta. Mas, naquela nova realidade de encontro com o sujeito, ali na tenda, quando atendia uma pessoa e várias outras estavam em volta numa fila nos observando, quando eu não via seu rosto completo, quando eu tinha que me preocupar com a ficha a ser preenchida e em ser rápida pois poderia ter alguém grave me aguardando, eu não me sentia praticando a Medicina Centrada na Pessoa a qual admirava. Eu me sentia menos Médica de Família e Comunidade!

Houve uma manhã de maio de 2020, uma segunda-feira, em que atendi cerca de cinquenta pessoas na tenda. Meus olhos estavam cansados, eu estava cansada, o sol ofuscava o papel que eu precisava preencher. Eu olhava para as pessoas que não paravam de chegar com sintomas gripais e meu coração acelerava. Ficar na tenda era o dia em que estar nesse espaço se tornou um fator de ansiedade enorme para mim.

Meus colegas de trabalho também estavam sofrendo. Alguns preferiam estar na tenda, outros preferiam estar dentro da unidade para atender os casos mais graves ou que precisariam de uma avaliação com exame físico. Nós tentávamos nos esforçar para que todos ficassem o mais confortáveis possível. Mas toda aquela mudança repentina tinha afetações importantes.

Não era uma rotina da APS atender casos graves com tamanha frequência, mas naquele momento se tornou. Recebemos um treinamento para intubação orotraqueal de pacientes caso fosse necessário durante a pandemia dentro da UBS. Isso nos causou grande estranhamento diante do nosso papel, que passou a ser encarado nos próximos meses e tamanha a crise e desafio que ainda enfrentaríamos. Fomos alertados sobre a possibilidade da chegada de pessoas extremamente graves que necessitariam receber oxigênio, não só por máscara com reservatório ou cateter nasal, mas com tubo orotraqueal.

Então, como anunciado, esse dia chegou. Eu não estava escalada para a ERR, mas a unidade toda foi afetada. Chamei a ambulância enquanto os outros profissionais entraram na sala, a enfermeira entrou mesmo sem se paramentar. Ela parou, foi intubada, a ambulância chegou, tinha médico, tinha respirador, ela não sobreviveu. Ela era a mãe de uma profissional de saúde!

O luto invadiu a unidade, nos invadiu. A unidade precisou ser toda lavada e a gente teve que voltar à tenda, mesmo com o coração apertado, destruídos pelo fracasso de mais uma perda diante da COVID-19.

Ela era preta, idosa, mãe, avó, amor de muita gente e moradora da favela. Ela cuidava do neto para a filha trabalhar. A filha não tinha outras possibilidades, como eu encontrei em minha rede de apoio para o cuidado de minha filha. Todos nós profissionais de saúde, colegas, mães, pais, filhos e filhas sentimos a dor de perdê-la.

## 6.2 UM GRUPO DE MÃES DURANTE A PANDEMIA

7 de maio. Trump diz que já foi feito tudo o que podia ser feito, agora chega, vamos voltar ao trabalho. Na verdade, o país está numa fase de expansão incontrolável do contágio. A universidade de Washington espera 134 mil mortes daqui até agosto. Oficialmente, entre 2 e 3 mil pessoas morrem todos os dias, o ritmo deve acelerar até o início de junho. Mas Trump diz chega de conversa, aqui temos que arregasar as

mangas e make *America grate again*, trinta mil novos casos de contágio todos os dias no país, em muitos estados o número está crescendo. Trump, contudo, tem pressa. Uma em cada 5 crianças padece de fome no país líder do Ocidente, Três vezes mais que em 2008, no início do que parecia ser uma tremenda recessão. Havia então os bancos para salvar, salvaram-nos e destruíram as condições de sobrevivência da sociedade. (BERARDI, 2020, p. 105-106)

A orientação no início da pandemia era diminuir muito a agenda programada e com isso parar com os atendimentos de rotina aos lactentes, ou seja, só estava acontecendo na unidade consultas para acolhimento a mãe e ao recém-nascido vindos da maternidade, sem as posteriores consultas de acompanhamento.

Isso me angustiava, esses encontros com a família e o bebê eram por demais preciosos para mim. Como médica de família eu acredito na puericultura como momento de promoção à saúde não só da criança, mas daquela família. Lugar de acolhimento, de ouvir as dúvidas, sofrimentos e angústias. Como perderíamos esse espaço tão importante?

A diminuição da mortalidade infantil no Brasil vem acontecendo em acordo com a expansão da APS e da ESF. Mostrando assim a importância do acompanhamento das mulheres desde o pré-natal e das crianças com a promoção da vacinação, aleitamento materno, vínculo com equipe de saúde e diagnósticos precoces (SOUSA *et al*, 2021).

Há algum tempo eu tinha a ideia de fazer um grupo virtual com gestantes, pensando nas dificuldades dos grupos presenciais se encaixarem nas vidas, cada vez mais corridas, dessas mulheres. Num grupo virtual elas poderiam trocar e ter acesso às informações e acolhimento, sem necessidade de comparecer a unidade em dia e hora marcada, nem sempre compatível com seu cotidiano. Porém, nunca consegui colocá-lo em prática. Aquela me pareceu uma oportunidade de fazer esse grupo, não com as gestantes que continuariam com suas consultas de pré-natal, mas com as mães de lactentes.

Quando propus, naquela mesma reunião em que discutíamos como nos organizaríamos para a pandemia, houveram muitas reticências por parte da equipe. Como nos organizaríamos para responder ao grupo? Será que as mães fariam um bom uso? Insisti, me colocando à disposição para ficar à frente e, felizmente, alguns profissionais aceitaram o desafio e somaram forças junto a mim para esse novo desafio.

O grupo foi divulgado pela gerente na página da unidade de saúde e logo tínhamos muitas integrantes. Houve a entrada de mães de crianças fora da faixa etária inicialmente proposta e também algumas poucas fora do nosso território de abrangência, mas entendemos aquele como um espaço mais amplo até por ser virtual.

Todos os dias pela manhã tentava colocar uma imagem com alguma frase que despertasse a discussão de algum tema no grupo, os temas abordados eram: aleitamento materno, a pandemia, uma educação não violenta, alimentação saudável. Além dos temas que trazia, haviam os que surgiam trazidos pelas demais participantes, as mães. Havia muitas dúvidas sobre o coronavírus, sobre ir ou não vacinar os bebês e até sobre a suplementação com vitaminas.

Os temas que trazia vinham da minha vivência na estratégia e das dúvidas que surgiam em consultas de puericultura, mas também de minha existência enquanto mulher, mãe e médica a favor do aleitamento materno desde que respeitoso com a mulher, e de uma educação menos violenta e com afeto para as crianças baseadas na disciplina positiva. Também a pandemia e as vacinas sempre tomavam espaço e tempo em nossas conversas. O medo de ir à unidade era tão grande que em alguns dias eu tinha que responder mais de cinco vezes que sim, estávamos aplicando vacinas do calendário de imunizações, e que sim, valia a pena sair de casa mesmo nesse período para aplicá-las desde que fosse tomado todos os cuidados. As outras mulheres traziam outros assuntos, como esperado, e eu me surpreendi como alguns deles tomavam mais relevância em grupo. Isso aconteceu com o tema de suplementação de vitaminas em que várias mulheres uniram vozes para conhecer mais o assunto.

O grupo também foi usado para mostrar lesões de pele através de fotos, e até vídeo para avaliar a frequência respiratória do bebê, sendo feitos alguns teleatendimentos e direcionamentos muito interessantes através dele. Com o tempo, uma mãe já respondia a outra, ou dava a dica de um lugar que estava oferecendo cesta básica. Começando a se desenvolver ali, uma rede de apoio entre elas.

Um bebê de quatro meses, durante um domingo, ficou doente e através de uma avaliação por vídeo conseguimos orientar a família a levá-lo à emergência a tempo. Preciso ficar internado por uma semana tratando uma bronquiolite e a mãe recebeu suporte e carinho das demais componentes do grupo.

Quando sabiam de projetos sociais, distribuição de cestas básicas e auxílio emergencial, elas utilizavam os grupos para se ajudar e se informar. Mães compartilhavam sobre dificuldades e sobrecarga, o espaço ganhou força e acolhimento. Eu me sentia muito feliz e orgulhosa daquelas mulheres estarem ali desenvolvendo laços e somando para enfrentar esse momento tão desafiador para humanidade. Mulheres pretas, muitas chefes de família, moradoras da favela, pobres, e que juntas conseguiam se apoiar e fortalecer. Elas me inspiravam.

De fato, o grupo começou a pesar no cotidiano do trabalho, afinal, não havia um espaço na minha agenda para ele, nem na dos demais profissionais. Eu respondia sempre que havia um

espaço e um tempo, quando era possível. Muitas vezes chegavam mensagens fora do meu horário de trabalho e através dele muitas pessoas tiveram acesso ao meu telefone pessoal e desenvolviam conversas particulares em paralelo ao grupo.

Havia alegria e satisfação de estar desenvolvendo um espaço tão bom, de me manter próxima de alguma forma a estas famílias mesmo com a pandemia, entretanto, e ao mesmo tempo, havia sofrimento e sobrecarga. Muitas vezes me sentia frustrada de não conseguir responder a todos a tempo ou da forma que gostaria. Em junho, quando voltamos a fazer consultas de puericultura na unidade, o grupo foi extinto, pois nenhum dos profissionais responsáveis conseguiria continuar com mais essa atribuição.

### 6.3 A PANDEMIA NA FAVELA

Nesta sexta-feira (26), o pleno do STF (Supremo Tribunal Federal) vai avaliar medida cautelar concedida pelo ministro Edson Fachin que suspende operações policiais nas favelas do estado do Rio de Janeiro durante a emergência sanitária causada pela pandemia da Covid-19. Em resposta a uma série de ações policiais contra as periferias do estado, inclusive a que matou o menino João Pedro, de apenas 14 anos, dentro de sua própria casa, o PSB (Partido Socialista Brasileiro), em conjunto com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, além de Educafro, Justiça Global, Redes da Maré, Conectas Direitos Humanos, Movimento Negro Unificado e Iser ingressaram com um pedido ao STF para que tais ações fossem suspensas durante a pandemia. O pedido foi realizado no contexto da ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental) -635, que coloca em julgamento a política de segurança pública do Rio de Janeiro e as graves violações cometidas pelas ações policiais nas periferias do estado. A ação pede a construção de um plano de segurança com participação social e adoção de protocolos policiais que visem à proteção da vida e o respeito aos direitos fundamentais desta população. Não é novidade que a população favelada e negra do estado do Rio enfrenta uma violação sistemática de seus direitos promovida pelas forças policiais. Sempre justificada pela narrativa da “guerra às drogas”, a violência contra os corpos negros toma a proporção de um genocídio. Vale lembrar que a polícia brasileira mata cinco vezes mais que a dos EUA e que, das mais de 6.200 pessoas mortas pela polícia em 2018 no Brasil, 75% eram negras, segundo o Anuário de Segurança Pública. No contexto de pandemia, o racismo estrutural se acentua e as mortes causadas pela polícia do Rio de Janeiro alcançam números recordes — segundo o próprio Instituto de Segurança Pública do Estado chegaram a 177 mortes em abril —, afetando inclusive lares de famílias periféricas, invadidos sem ordem judicial. Casos como o de João Pedro refletem que tão grave quanto o risco causado pelo vírus é o risco de morte por confrontos armados no contexto de operações policiais (SILVA; SAMPAIO, 2020, online).

As leis do asfalto não são as mesmas nas favelas, quando foi decretado fechamento de comércios e estabelecimentos de serviços não essenciais, isso não aconteceu na favela na qual eu atuava como médica de família. As lojas, restaurantes, pensões e pontos de venda de drogas ilícitas (bocas de fumo) continuaram a funcionar, abertas ao público, sem a fiscalização do asfalto. Nas ruas e vielas era comum ver as pessoas sem máscara apesar de já ter virado lei o uso das mesmas.

Nossa equipe se utilizava não só dos encontros presenciais na unidade de saúde ou no território, mas das redes sociais, telefones e nosso grupo de mães, para informar a população. A mídia aberta falava da pandemia quase que vinte e quatro horas por dia e a principal orientação era ficar em casa, evitar aglomerações e usar máscara.

Contudo, também havia informações que iam na direção inversa, de que a COVID-19 era uma doença branda, de que não era necessário deixar de trabalhar, pois toda a população iria contrair o vírus em algum momento, que a pandemia era uma invenção comunista ou que o mais importante era a fé divina, pois somente essa poderia nos proteger da morte. Muitas destas informações veiculadas e perpetuadas pelo presidente da república do Brasil, iam ao encontro de uma das necessidades da população mais pobre, que era a de trabalhar para sobreviver.

E a população mais pobre ficou ainda mais pobre durante a pandemia, vítima da desigualdade que só aumentou com a crise econômica, mas também foi a que mais adoeceu. Também foi a população negra e os moradores de favela e periferias os que mais morreram por COVID-19 (DEMENECH *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). As favelas são ocupadas em sua maioria pela população negra, sem plano de saúde e que depende do SUS. A população branca teve mais acesso à hospitalização que a negra, mas, menor número de mortes (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Isso aponta para desigualdade social e racial no acesso à saúde.

A desigualdade social e econômica afeta diretamente a saúde com a maior dificuldade de pagar por prestação de serviço (no contexto da pandemia por internação em CTI, que tem um número muito menor de leitos no SUS que no sistema suplementar), pior alimentação e condições de moradia. E também pelo ponto de vista contextual, pois uma cidade mais desigual por possuir maiores taxas de violência, piores condições de saneamento básico e escolaridade entre outros fatores, afeta a saúde de todos, mas ainda com mais intensidade os mais pobres (DEMENECH *et al.*, 2020).

Haviam ações governamentais, como o auxílio emergencial, que consistia no repasse de quantias monetárias do governo federal para famílias que ficaram sem renda durante os primeiros meses da pandemia. Haviam as ações não governamentais feitas por organizações que buscavam doações de alimentos e produtos de limpeza e distribuía às famílias nas favelas. Mesmo assim, o desemprego e a pobreza aumentaram muito na favela, e as dificuldades econômicas eram tema nas consultas, agravando também a saúde mental de vários membros das famílias.

As famílias que tinham filhos precisavam se organizar de formas diferente, pois a escola, que é fonte não só de educação, mas também de apoio e alimentação para que pais e mães trabalhem, estavam fechadas. Nas minhas idas à comunidade, para as raras visitas domiciliares ou no inquérito sobre a COVID19 realizado na favela, o que eu via nas ruas e vielas eram muitas crianças sem máscara brincando juntas.

A vida não corria normalmente na favela, longe disso, mas corria com menos cuidados que ali a valorizassem. No dia primeiro de maio de 2020, em meio a primeira onda de COVID-19, aconteceu um campeonato de futebol no campo localizado no meio da favela. Na segunda-feira, dia quatro de maio, atendi a um menino que havia fraturado o pé durante o campeonato.

Eu solicitei uma ambulância para que o menino fosse visto pelo ortopedista num hospital. Ambulâncias com números reduzidos devido à sobrecarga gerada pela pandemia. Hospital lotado devido à sobrecarga da pandemia. Pessoas se expondo à COVID-19 e aos possíveis traumatismos sem nenhuma necessidade. Minha vontade era chorar, tamanho era o descaso com a vida e com o próximo.

O Estado também não se importava com a vida das pessoas pobres e negras. Na véspera do dia das mães houve uma operação policial na favela, e como de costume, sem respeito pelas pessoas e suas casas. Foi violenta, ceifando várias vidas. Mais uma vez, esses sujeitos se sentiam violentados tanto fisicamente, como ética e psicologicamente. Não bastava o sofrer com a pandemia, havia ainda sentimento de medo pelos tiros e pela opressão dos moradores da favela por terem suas casas invadidas. E aquele mesmo hospital já sobrecarregado pela pandemia, recebeu mais pessoas para cuidar, vítimas da violência inescrupulosa do Estado.

Naquele sábado nossa unidade não abriu. As operações policiais e o risco de vida que elas causavam era o único motivo que fechavam nossas portas em dia e horário de funcionamento. Através do programa de Acesso Mais Seguro (AMS) que buscava diminuir, mitigar e responder as consequências da violência armada, almejávamos proteger os profissionais em situações delicadas como as de extrema violência, e mesmo a permanência e viabilidade para os atendimentos daquela unidade de saúde (CICV, 2018). Diariamente o grupo do acesso mais seguro da unidade classificava a situação em três cores possíveis: verde, quando podíamos trabalhar normalmente; amarelo, quando não podíamos ir ao território; e vermelho, quando precisávamos fechar a unidade. Essa classificação se dava através de sinais percebidos no território, e era feita com muito cuidado e com uma equipe que tinha representatividade no território de abrangência e das categorias profissionais. Para além disso, todos os profissionais tinham conhecimento das classificações, o que elas significavam e das salas consideradas um

abrigo seguro em caso de tiroteio, posição para se proteger melhor dentro delas e toda uma normatividade para evacuar a unidade.

Eu fazia parte daquele grupo e para nos comunicarmos utilizamos como ferramenta um aplicativo de mensagens. Áudios, vídeos e fotos de terror eram divididos ali. A mim soavam como um pedido de socorro. Falas como “eles estão na minha laje” ou “é muito tiro, estou deitada no chão com as crianças” e a impotência de estar do lado de fora me angustiavam. O que eu poderia fazer além de oferecer escuta? Além de denúncias nas redes sociais? Além de me mostrar indignada com os acontecimentos? Além de oferecer minha casa como refúgio caso fosse possível sair dali...

Ao mesmo tempo eu me sentia grata de não estar na unidade. A cada fala, a cada áudio com sons de tiros ou helicópteros, vinham lembranças de dias vividos anteriormente. Especialmente o dia mais emblemático para mim, o que mais retornava a minha memória: o dia que um delegado foi assassinado na favela.

Uma chuva de verão caiu de forma intensa e, logo depois, o barulho e o tremor das paredes causados pelo helicóptero de operações especiais da polícia, “caveirão aéreo” como era chamado. Insisti em continuar atendendo. Era o último paciente da minha lista do dia. Na verdade, era um familiar de um paciente oncológico a quem eu tentava combinar alguns pontos importantes de seu plano terapêutico.

De repente tiros, muitos tiros, pareciam dentro da unidade. Gritos, correria. Soubera depois que um dos profissionais vinha correndo e caindo ao mesmo tempo em direção às salas mais seguras, tamanha era a proximidade e terror provocado pelos sons. Fiquei embaixo da mesa. O paciente foi para debaixo da maca. Chorava, chorava e chorava. Os pensamentos eram somente de que ia morrer. Pensava em minha mãe, pensava em minha filha. Minutos depois numa trégua de tiros, precisei de ajuda para conseguir sair dali.

Conseguimos sair, todos conseguimos sair, sem nos ferir. À unidade fomos apenas dias depois. Quando reabrimos estava toda alvejada de balas de arma de fogo, isso doía na gente de uma forma visceral, era uma soma de decepção pela falta de respeito por uma instituição de saúde e de medo por notarmos o quanto estávamos expostos. Imagina se aquela fosse minha casa e meu refúgio? Imagina ser morador da favela em dia de tiroteio? Imagina viver com medo em dia normal, pois aquele poderia se transformar um dia de tiroteio? A violência armada e as operações policiais ou quando elas se intensificavam, causavam doença, para além das mortes diretas. Revivia esse dia a cada tiroteio. Sons de fogos são até hoje para mim um sinal de perigo, me causa medo e arrepios, mesmos os festivos.

Pensei novamente com raiva: mesmo que o Estado não pensasse com humanidade, pois nunca assim o fez, que pelo menos evitasse essas operações para não sobrecarregar ainda mais o sistema de saúde durante a pandemia. Em toda minha trajetória como médica de família na favela, quando eu pensava em ação intersetorial que fosse efetiva para saúde da população que eu assistia, meu sonho era uma reunião com a polícia, encontros para que ela entendesse quem estava ali do outro lado, sujeitos que mereciam respeito, saúde, pessoas de carne e osso e com muita história. Esse sonho parece irreal ou audacioso demais, até perigoso.

#### 6.4 DANOS À SAÚDE PARA ALÉM DA COVID-19

O desmonte da saúde no Rio, que recupero neste texto, segue essa tendência, que é internacional e que hoje tem nos governos federal e municipal do Rio de Janeiro uma agenda que corresponde a modelos reducionistas e mudanças do paradigma da saúde. A atual prefeitura do município do Rio de Janeiro tem trabalhado em prol da redução da Estratégia de Saúde da Família, a partir dos ataques aos trabalhadores do SUS. Com isso em mente, precisamos então pautar a “DesCívelização” da saúde como estratégia de resistência frente ao que agrava na política de extermínio, que não se dá só na via da (in)segurança pública, mas, sobretudo, na ausência de equipamentos de proteção individual, na falta de prestação de serviços em saúde, e na ausência de profissionais em áreas de grande vulnerabilidade no município do Rio de Janeiro, representando o que há de mais perverso nessa política, que é pautada por uma bionecropolítica. E o que pensar desse movimento político de esvaziar a saúde a partir de quem trabalha nela? Essa é uma questão que coloca em xeque a proposta de vínculo, a construção terapêutica em um cuidado que é continuado, além dos princípios de territorialidade, de cuidado comunitário, da APS que se perdem e se esvaziam com a re(des)organização do sistema. São inúmeras as recomendações sobre a importância da atenção primária à saúde para o enfrentamento da Covid-19, no momento em que componentes estruturantes, como a coordenação e longitudinalidade do cuidado, têm papel central na articulação territorial com lideranças e educação em saúde. Além disso, em áreas mais vulnerabilizadas do Rio de Janeiro, é notória para a população a ausência de leitos e vagas nos serviços de referência para Covid-19, como as UPAS e hospitais. É, então, para a APS que recorre essa população que sabe que ali terá atendimento. No entanto, essas unidades, seja por falta de treinamento para processos como intubação, por exemplo, ou pela falta de equipamentos básicos para cuidar de emergências, pouco pode fazer a não ser aguardar, junto com a família, vaga em uma unidade de referência. Vale ressaltar que o sistema de regulação não opera necessariamente pelo princípio da equidade, visto que em áreas com menos recursos de saúde, em que não há, por exemplo, um raio-x para embasamento clínico dos sintomas, ou há apenas médicos plantonistas que não dão continuidade aos pedidos de regulação, essa população é a que mais aguarda por atendimento, por leito, e é também a população que mais morre. Vale refletir como é possível construir continuidade e coordenação do cuidado a partir de profissionais já fragilizados, que não têm a mínima segurança e confiança no Estado quanto a sua proteção em um país em que profissionais de saúde morrem pela Covid-19, em grande maioria mulheres e da área da enfermagem. Nesse período, temos visto uma violência em relação à segurança do trabalhador: falta de equipamentos de proteção individual básicos, insuficiência de insumos, atrasos salariais em meio a pandemia, falta de repasses dos benefícios como vale-transporte e alimentação. A precariedade que já compunha o cenário se exprime no total de mortes no Rio de Janeiro (SILVA, 2020, p. 6-7).

Quando a pandemia começou, uma das medidas foi restringir as consultas na unidade de saúde. Para além de alguns grupos como gestantes e pacientes com tuberculose, a maioria das pessoas que não tivessem urgência não foram atendidas, vistas, cuidadas. Também muitas pessoas, mesmo as com necessidades urgentes de atendimento, postergaram essa visita à unidade de saúde ao máximo por medo da COVID-19.

O medo fazia as pessoas não irem à unidade de saúde e também as faziam sofrer. Diversos estudos apontam para o sofrimento mental causado pela pandemia de COVID-19. Existe o medo do próprio vírus, de morrer ou de ter um de seus parentes afetados, ou o próprio luto por familiares e amigos. E existe ainda os impactos das medidas que precisam ser adotadas para prevenção de contágio e contenção da pandemia, como o distanciamento social. Esse isolamento dos amigos, família e outras pessoas queridas e a própria crise financeira pode gerar depressão, estresse pós-traumático, ansiedade, transtornos alimentares, entre outros, todos ligados a sofrimento mental e psicológico (FARO *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020).

Quando retomamos a uma abertura dos agendamentos e atendimentos por equipe de estratégia de saúde da família em julho de 2020, os casos de saúde mental com certeza haviam subido muito em número e intensidade. A agenda da psicóloga para interconsultas era a mais disputada do NASF-AB. A precarização econômica, o isolamento social, o medo do vírus, isso tudo, inundavam ansiedade e tristeza.

Também sentia o quanto a pandemia prejudicou meu trabalho e muitas vezes tive raiva dela ter me afastado dos meus objetivos de cuidado anteriores a ela. O trabalho da APS é muito complexo, o cuidado não é linear, não é protocolar e tem diversas interferências, mas eu não tinha dimensionado, até então, todos os danos que a falta de acesso provocada pela pandemia tinha causado. E foram tantos...

Um dia cheio como muitos outros. Algumas consultas me faziam parar, não pensar no tempo e nos pacientes lá fora. Foi assim na consulta dessa mulher negra de 35 anos, respirei fundo e fiquei focada somente nela e em sua história. Conhecia sua família, cuidava de sua mãe que sofria com ansiedade, de seu pai com hipertensão e já havia consultado seu filho de 7 anos algumas vezes. Ela entrou na sala, sentou-se na cadeira, a cumprimentei com um sorriso, ela sorriu de volta, um sorriso nervoso. Trouxe um exame. Olhei o exame e me desapontei.

– Porque você não o trouxe antes? – Perguntei, acho que mais para mim mesma. Minha pergunta não tinha nada de terapêutica, mas era reflexiva para tentar pensar nos erros cometidos.

– Eu estava com medo de vir aqui e pegar COVID 19. – Ela me disse com uma pausa.  
– Tentei vir aqui mês passado, mas me disseram que não estavam atendendo para mostrar exames, apenas urgências.

– Mas você mostrou o exame? – Ela fez que não.

Aquela era uma biópsia de um nódulo mamário que havia sido realizada em dezembro. Eu mesma havia solicitado. Falhei de não ter feito busca ativa para saber o resultado do exame. Era uma paciente jovem, mas tinha um exame de imagem já com suspeição de doença maligna.

– Mas o resultado demorou muito para ficar pronto. Só ficou pronto mês passado. – Ela me informou. – Por causa da pandemia.

Ali olhando para ela e explicando o seu diagnóstico, ouvindo sobre seus medos, fazendo todos os papéis para encaminhar para o tratamento mais urgente possível, eu sabia das chances de ela morrer. Tinha um nó na garganta, uma mulher jovem, mãe de uma criança. Acompanhei-a até a sua última internação, na qual a mãe me contava que ela ficara sem acompanhante devido a pandemia, mas conversava diariamente por vídeochamadas com o filho. Toda consulta com ela ou com seus familiares eu tinha o mesmo sentimento de como a pandemia tinha nos tirado algo tão importante.

Demorei a dar nome a esse algo. Mas a pandemia estava nos sugando energias e esforços. Com ela perdíamos espaço para planejar, fazer diagnósticos precoces, atuar em doenças crônicas, diminuindo morbidade e mortalidade. Com a pandemia saíamos sempre perdendo. Perdendo saúde mental, perdendo vidas para o vírus, perdendo vidas para outras doenças, pois estávamos sobrecarregados ou focados demais no vírus.

Visita domiciliar era um luxo em época de pandemia. Um dia a agente de saúde me pediu para irmos até a casa de um paciente que tinha realizado recentemente uma neurocirurgia para hérnia de disco. Fomos até a casa dele num dia em que estaríamos em reunião de equipe. Apesar dos riscos que encontrávamos pelo caminho, eu me sentia muito bem indo ao território. Andar pelas ruas, vendo as pessoas indo e vindo, os comércios, o tráfico de drogas, as crianças brincando, sendo parada hora ou outra.

Nas vielas eu via o céu por entre os fios enrolados uns nos outros, as construções eram altas, as escadas com degraus irregulares, tudo para fugir do rio nos dias de enchente. Escadas que faziam refúgio e segurança também significavam prisão para muitos idosos com dificuldade de locomoção. As casas baixas eram cenas de tragédias anunciadas e nunca evitadas nas chuvas mais intensas do verão.

Eu confiava cegamente nos Agentes de Saúde, pois eles conheciam as ruas e vielas, os trajetos, sabiam dos sinais de perigo que por vezes eu nem reparava. Nas ruas, me entristecia a falta da máscara nos rostos, embora visse elas aos montes nas lojas e camelôs. Reparava também nos vidros de álcool em gel nos comércios e até nas barracas do tráfico de drogas.

Chegamos à casa do paciente, homem negro de 40 anos, fomos recebidos primeiro por sua esposa, seu filho de oito anos e sua sogra. Todos bastante felizes por nos verem. Estavam preocupados com as dores que ele continuava sentindo na lombar, principalmente se continuasse em pé durante muito tempo. A neurocirurgia ocorrera de emergência, pois havia compressão grave pela hérnia de disco.

Conversei com o paciente e com a família, falei que ia articular uma visita da fisioterapeuta do NASF à casa deles, pensei em encaminhá-lo para reabilitação, mas o deslocamento era difícil e as vagas na pandemia estavam escassas. Ofertei meu telefone durante a visita pois a Agente de Saúde estava com problemas no dela, tentando facilitar a comunicação.

Cerca de um mês depois, durante um sábado, quando a unidade de saúde estava fechada, a família entra em contato telefônico comigo relatando que ele havia convulsionado e feito febre. Pedi para que levassem à emergência imediatamente. Não investigaram naquele dia. O hospital sobrecarregado com a pandemia liberou aquele homem sem os exames e cuidados adequados para seu quadro. No dia seguinte a família entra novamente em contato. Ele havia convulsionado novamente e estava sonolento. Fiz uma nova orientação de ida à emergência e desta vez o mesmo hospital o internou. Alguns dias depois esse paciente morreu por uma infecção do Sistema Nervoso Central no pós-operatório tardio de uma neurocirurgia. Deixou um filho ainda muito novo para entender completamente sua partida, uma família amorosa desolada e a mim, sua médica, indignada.

Muitas coisas vinham a minha mente. Como a pandemia que novamente matava por sobrecarregar hospitais e serviços de saúde. Mas também penso no racismo institucional, no descaso com a população preta e pobre, e na lentidão em que caminhamos para alcançarmos melhorias.

O racismo institucional é definido como a falha coletiva de uma organização em prestar serviços profissionais adequados às pessoas relacionando-as a sua cor, a sua etnia ou a sua cultura. No passado, o Estado legitimou o racismo com o sistema de escravidão e, mesmo após a sua abolição, permanece legitimando essa situação ao não implantar medidas para inclusão dos negros a empregos e direitos à cidadania. Apesar de atualmente termos leis criminalizando o racismo, ele ainda existe e vem sendo perpetuado quando os governantes e instituições não mencionam as questões raciais e as desigualdades (KALCKMANN *et al.*, 2007).

O racismo institucional é aquele dado mesmo sem intenção a um indivíduo, é velado, acontece através de mecanismos instaurados nas instituições que geram desigualdade racial. Ele atua no “cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na

distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial” (LÓPEZ, 2012, p. 127).

A criação do SUS e a Constituição após a abertura democrática do país em 1988, trazem um sistema de saúde universal, onde o pobre, que majoritariamente é preto, passa a ter direito de acesso aos serviços de saúde. Embora a universalidade da saúde seja importante para diminuir a desigualdade social, ela não tem se mostrado suficiente nas últimas décadas. Através de muita luta da militância negra e de profissionais de saúde engajados na questão racial, se conquista avanços como, em 2009, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, além disso, passou-se a ter em prontuários de saúde a questão da identificação racial. Contudo, o que ainda se vê é uma desigualdade de acesso aos serviços e à melhor qualidade deles (LÓPEZ, 2012).

Dias depois eu viria a me indignar novamente com a rede de saúde e seu acesso e atendimento adequado a outra pessoa preta.

– Eu acho melhor a gente pedir uma ambulância. – Disse a ela com um pesar na face muito maior do eu pretendia. – Você não está bem, tem que internar e fazer antibiótico na veia, tudo bem?

– Tudo bem, minha amiga. – Ela me disse com a voz cansada. Seus olhos tinham menos brilho que o usual. – Eu confio em você e por isso pedi para elas me trazerem aqui.

Ela se referia às netas e à filha que a tinham trazido para a unidade. Cerca de uma semana atrás tínhamos tido uma consulta muito difícil na qual eu precisei dar a notícia do câncer em sua mama. Era uma paciente especial, tinha trabalhado comigo nos últimos anos, existia muito carinho na nossa relação. Negra, idosa, matriarca de sua família com muitas responsabilidades, mas que não deixava de aproveitar ao máximo sua vida. Tinha uma força e alegria imensas.

Seu câncer ainda estava em estadiamento e sua vinda neste momento se referia à infecção da ferida que estava deixando com febre e fraqueza. Além disso, ao exame ela se encontrava hipotensa e taquicárdica, sinais de sepse, gravidade. Acionei uma ambulância para transferi-la. Não a internaram naquele dia. Prescreveram um antibiótico para infecção urinária por via oral e a liberaram. Dia seguinte, era final de semana, e a neta falou comigo pelo telefone.

– Minha avó não está bem. – Ela me disse e sua voz estava aflita. – Está confusa, falando coisas que não têm sentido.

Eu, aflita do outro lado da linha, a orientei a procurar imediatamente a emergência. Ficou em observação por cerca de seis horas, o plantão mudou e a liberaram apesar de um hemograma com importante leucocitose e desvio para esquerda, sinais da infecção que só se agravava. Amanheceu com rebaixamento do nível de consciência, precisou ser removida em

domicílio para uma emergência. Ficou internada, mais de um mês internada, tratou a infecção, descompensou a diabetes. Pandemia impedia de ficar acompanhada, as netas faziam plantão na porta do hospital. Encontraram uma janelinha na qual se penduravam e que, às vezes, por alguns segundos, conseguiam ver a avó. Quase que diariamente falava com elas. Ela resistiu, voltou para casa, cheguei a fazer uma visita domiciliar a ela e ainda retornou na unidade algumas vezes para curativo. O câncer estava avançado. Tinha metástases múltiplas. Também nos despedimos dela.

Os dias eram pesados, quer seja no atendimento aos sintomáticos respiratórios, quer seja fora, com tantas pessoas em sofrimento, com doenças graves, com uma rede mais precária que o usual pela sobrecarga que a pandemia provocou no SUS. Os estudos também mostram uma diminuição das internações por doenças cardiovasculares com relação a anos anteriores, e uma maior mortalidade intra-hospitalar (DE ROSA *et al.*, 2020; NORMANDO *et al.*, 2021). Alves e colaboradores (2020) notaram um aumento das mortes domiciliares por causas respiratórias e cardiovasculares no estado de Minas Gerais. Consideraram tanto o medo da população em procurar unidades de saúde durante a pandemia, como a falta de acesso a leitos hospitalares. Silva e colaboradores (2022) entrevistaram pacientes oncológicos, contando como esses notaram uma maior dificuldade de acesso aos exames solicitados, diagnóstico precoce, consultas e tratamentos prescritos. Referentes aos diversos adiamentos e interrupções de tratamento durante a pandemia, causados ou por medo do paciente em frequentar a unidade de saúde ou por impossibilidade de os profissionais prestarem aquele serviço.

## 6.5 LUTOS

A compaixão também é um elemento importante para entender como o país chegou nessa triste marca. Paulo Vaz, professor da Escola de Comunicação (ECO/UFRJ), explica que, segundo Aristóteles, esse conceito implica três juízos: o sofrimento tem que ser grave; o sofredor tem que ser inocente; e, para experimentar compaixão, é necessário imaginar que aquilo poderia acontecer com você. Os primeiros marcos importantes da crise sanitária da COVID-19 – como as mortes na China e na Europa, os corpos empilhados no Equador ou carregados por caminhões na Itália – eram um símbolo do perigo que se avizinhava. “Era muito fácil se colocar no terceiro juízo, de que aquilo poderia acontecer com você. De fato, estávamos todos morrendo de medo. Portanto, a compaixão se mesclava muito claramente com a experiência de estar temendo que a pandemia chegue.” E chegou da pior forma possível. Além da trágica marca de 500 mil vidas perdidas, para muitos, a pandemia se apresentou como a perda de entes queridos; para outros, que venceram a doença, há a indefinição sobre as sequelas, ainda desconhecidas; e ainda há aqueles para os quais a pandemia chegou na forma de fome e pobreza. Um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Análise de Dados (IBPAD) em parceria com o Centro de Pesquisa em Comunicação Política e Saúde Pública da Universidade de Brasília (CPS/UnB) estima que 86% dos brasileiros perderam algum conhecido em decorrência da COVID-19. [...] o docente destaca que a pandemia coloca para a humanidade uma possibilidade

inevitável de finitude. Ela é, portanto, uma catástrofe lenta e dolorosa. Diante da possibilidade da morte, impõe uma nova incerteza: não se sabe qual vai ser o estado futuro do mundo. “Não sabemos o que é o retorno ao normal, pois fica faltando o mundo a partir do qual nos projetávamos.” Se antes os indivíduos tinham razões morais para seguir com a vida – o cuidado com os filhos, o emprego, a pátria, buscar conhecimento –, durante a pandemia, muitas vezes, houve uma suspensão desse propósito. “É uma sensação de pertencer a uma entidade maior que levava os indivíduos a aceitarem com mais facilidade esse sofrimento que perdura para além do evento trágico”, explica (CORREA, 2021, p. 1).

Vivemos um luto coletivo. Um luto pelo que costumávamos ser, o que subitamente nos tornamos. Encontros, festas, abraços e beijos sem o medo de um vírus invisível. Afeto na sua forma mais natural, com presença e contato físico.

Era mais do que empatia o que eu sentia durante alguns encontros com os meus pacientes. Havia muita contratransferência, reações emocionais provocadas no profissional de saúde pelo paciente. Uma, duas, três senhoras entram na sala e choram a saudade dos netos antes tão presentes em suas vidas. Eu não sou avó, mas vivo a dor da separação da minha mãe e dela com a minha filha, com intensidade semelhante.

Muitos medos que surgiam entre os sujeitos que eu atendia, eram meus medos também. O vírus e a morte estavam presentes ou onipresentes em todos os nossos diálogos. Angústia, saudade, incertezas.

Certo dia de junho uma usuária já muito conhecida e por quem estimo afeto veio à consulta acompanhada por sua vizinha, sua melhor amiga e com quem sempre podia contar. Conversamos sobre a vida, sobre o controle de seu diabetes, sobre os cuidados com a COVID-19 e suas dificuldades com os filhos e netos. Ela me disse saudosa: “pensei que nunca mais iria conseguir ver a senhora”.

Aquele foi nosso último encontro. Sua morte foi súbita, como em muitos casos sem realização de teste da COVID-19 e nos deixando na incerteza de sua causalidade. Eu senti muito a sua partida inesperada. Atendi sua vizinha dias depois, quando nós lamentamos juntas. Pensei na sua saída de casa para se consultar comigo, ou mesmo na queixa que ela havia feito dos netos não se protegerem adequadamente. Quando íamos conseguir adotar medidas que nos protegessem coletivamente?

Em uma manhã movimentada eu atendia aos casos de sintomáticos respiratórios dentro da unidade, os casos mais graves ou que precisariam de uma atenção maior. Uma mulher entra de cadeira de rodas. Eu vislumbro de longe e saio da sala.

– Saturação 85% - disse a enfermeira que estava escalada para o “Posso Ajudar”. Eu a reconheci imediatamente. Prendi a respiração e entramos com ela para a sala de observação.

Eu havia atendido ela e sua filha na tenda cerca de 7 dias atrás. Ambas estavam com sintomas gripais leves e com uma boa saturação no oxímetro. Lembro de ter orientado a voltar em caso de falta de ar, especialmente ela, que era diabética.

Que doença horrível, eu pensei enquanto comunicava sobre a necessidade de pedir uma ambulância para levá-la a um hospital. A filha me contou que ela não quisera vir antes, que já estava se sentindo mal há dois dias. Tinha medo de morrer sozinha no hospital. Que doença horrível, pensei novamente, essa que mata e nos deixa solitários, sem direito a uma despedida e um carinho em seu leito de morte.

Outro dia um senhor que também já conhecia bem chegou à unidade de saúde com queixa de falta de ar. Outrora veio algumas vezes para cuidar da hipertensão, outras para acompanhar sua esposa ou até mesmo seu filho com deficiência visual. Dias antes eu havia feito atendimento para seu filho que estava gripado.

Olhei para aquele senhor ofegante, seus cabelos brancos e seu olhar preocupado. Fechei meus olhos e peguei o oxímetro. Saturação baixa. Cateter nasal não foi suficiente para o aporte de oxigênio que ele necessitava. Colocamos a máscara de oxigênio com reservatório com 10 litros por minuto.

– Eu vou precisar pedir uma ambulância para o senhor. – Comecei a falar com um nó na garganta. – Lá no hospital vamos fazer alguns exames e o senhor poderá ficar no oxigênio.

– Eu vou morrer, não é, doutora? – Ele me perguntou consciente de sua gravidade.

– Vamos lutar bravamente para que isso não aconteça. – Disse emocionada.

Alguns meses antes, quando eu estava saindo da unidade de saúde, minha mãe me ligou e falou que meu tio estava com falta de ar, quando eu cheguei em sua casa ele havia me feito a mesma pergunta: eu vou morrer, não é, minha filha? Levei-o ao hospital, mais de 70% dos pulmões acometidos, estabilizou com oxigênio em cateter nasal e morreu três dias depois de sua internação. Eu como médica, pessoa já exposta da família e jovem, reconheci seu corpo e resolvi todo o processo de seu enterro. Tive pouco tempo para viver seu luto, e talvez por isso, a cada paciente como esse senhor, eu me emocionava e me abalava.

Sua esposa voltou uma semana depois e a ACS já havia me dado a notícia sobre o acontecido. A dor dela era tamanha que transbordava em lágrimas. Sua pressão estava alta a técnica de enfermagem veio me avisar.

– Eu sinto muito. – E sentia muito mesmo. Algumas lágrimas teimavam em se acumular em meus olhos. – Não posso imaginar seu sofrimento, mas estou aqui.

– Ele gostava e confiava muito na senhora. – Ela me disse com a voz embargada. – Agora eu estou sozinha, não sei o que vou fazer da minha vida.

Esquecendo um pouco os protocolos, eu a abracei. Tentei lembrar a ela que, apesar de nesse momento se sentir sozinha, sem a pessoa com quem foi casada por mais de 30 anos, ela verdadeiramente não estava. Ela se acalmou aos poucos, pelo menos por alguns minutos.

## 6.6 FALSAS EXPECTATIVAS, MUITO TRABALHO E INÚMERAS VIDAS PERDIDAS

Os números mostram que poderíamos ter milhões a mais de pessoas vacinadas com pelo menos uma dose, mas a falta de um fluxo contínuo na entrega das doses gera incertezas nas autoridades locais e a comunicação falha do Ministério da Saúde causa desconfiança na população, que pode deixar de buscar a imunização. Especialistas em epidemiologia e saúde pública apontam a falta de uma coordenação nacional do governo federal e do Ministério da Saúde como a principal causa da desorganização na campanha. Cada cidade decide como vai encaminhar a aplicação das doses, e para se prevenir da escassez dos imunizantes das segundas doses, algumas decidem reservar frascos para o reforço em vez de vacinar novas pessoas, aponta Ethel Maciel, epidemiologista e professora na Universidade Federal do Espírito Santo (FARIA *et al.*, 2021, online).

Caso o meu eu tivesse uma máquina do tempo e pudesse retornar lá em 2020 para dialogar comigo mesma, diria para dosar melhor meu otimismo. Naquela época eu acreditava que a pandemia ia ser breve, que nada podia ser pior que os atendimentos na tenda e que os números de mortos não seriam maiores nos anos seguintes.

Ilusão. Por vezes, para seguir em frente, eu preciso e prefiro acreditar em dias melhores. Mesmo indo contra todas as evidências, dadas as circunstâncias políticas do Brasil.

“Cada novo dia cheio de desafios ao seu lado tentando ajudar aos pacientes, eram surpreendentemente cansativos e ao mesmo tempo me preenchiam com o sentimento de dever cumprido. Como um ‘ufa, conseguimos terminar mais um dia e ajudar várias pessoas’. Hoje acabo decidindo por ser médica de família e comunidade.” Dizia a carta de despedida de uma das acadêmicas que me acompanhou em algumas aventuras e desventuras em 2021.

Ano esse, marcado por mais mortes pela pandemia de COVID-19 e pela campanha de vacinação no Brasil, a primeira muito mais devastadora do que eu imaginava e a segunda muito mais lenta do que necessitávamos. Existiram dias em que eu era a única médica da unidade.

Pela manhã eu atendia fora da área destinada a atendimento da COVID-19. A tarde eu atendia aos casos de síndrome gripal. A realidade é que eu ficava de um lado para o outro o dia inteiro, já que sempre havia urgências e emergências por toda parte. Vestia capote, gorro e luvas de um lado e do outro apenas máscara.

Ora eu estava atendendo uma gestante de alto risco e me chamavam pois do outro lado havia um paciente com a saturação de oxigênio baixa, ora eu estava atendendo pacientes com

síndrome gripal, fornecendo atestados e receitando medicações para seus sintomas e me recrutavam novamente pois havia algum sujeito com síncope do outro lado.

Os dias eram tensos, e em minha face dava para ler todo o cansaço e angústia. Em tantos anos de APS, eu sabia que trabalhar de portas abertas não me permitia tanta previsibilidade, mas aqueles dias, aquele ano, isso se tornou mais intenso. Era como se fosse, e ainda me parece, impossível planejar minimamente o amanhã, ou o hoje.

As acadêmicas viam isso. Viviam isso. Mesmo assim, estavam ali se apaixonando pela Medicina de Família e Comunidade, pela APS. E olha que eu achava que nem a estava praticando plenamente. Achava que estava mais longe da ESF do que jamais estivera.

Lembrei-me de quando eu mesma escolhi essa especialidade. O cenário na APS não era bom durante o meu internato na graduação. Eu não conhecia médicos de família e comunidade. Os profissionais estavam com cerca de três meses de salário atrasados, faltavam receituários, usávamos folhas de rascunho e um carimbo da unidade para prescrever. Nem a farmácia popular aceitava aquele documento. Exames eram precários.

Mesmo assim, também me apaixonei pela APS. Por acompanhar aquele sujeito durante a sua vida, acompanhar sua família, conhecer sua história a fundo, indo muito além do biológico. Fiquei encantada pelo trabalho em equipe, pelas reuniões de equipe, pela horizontalidade e várias lideranças que a ESF permite. Ah! E olhar pelo território, caminhar pelas ruas, fazer visitas domiciliares, entender mais sobre aquele lugar e suas especificações e culturas.

Não, de alguma forma, apesar de todos os desafios e mudanças provocados pela pandemia, permanecíamos, resistíamos, e a APS ainda me despertava paixões e descobertas, mesmo que com olhos cansados e lágrimas que teimavam a brotar diariamente.

Olho para meu choro sobre atender cinquenta pessoas na tenda em 2020 e sorrio com pena de mim mesma. Em 2022 chegaria a atender mais de quatrocentas pessoas em um único dia. Lembro com pesar da minha preocupação pela suspensão do direito de férias em 2020 e penso em como os profissionais de saúde da APS não tiveram direito nem aos feriados em 2021.

Atender 400 pessoas, na verdade era voltar uma unidade inteira apenas para atendimento à síndrome gripal e testagem de COVID-19. Era deixar de atender pessoas que tinham outras necessidades, em algumas vezes mais urgentes. Chegar à unidade de saúde e olhar para aquele mundo de gente já era por si só um bloqueio de acesso: causava receio e medo em quem chegava. Estratégias múltiplas tiveram que ser criadas como a do atendimento em grupos de pessoas com exame reagentes e não reagentes.

– Vocês estão demorando muito. Reclamou uma paciente. Realmente estávamos, mas fazia tudo o que me parecia possível. – Vocês precisam ser mais rápidos, estamos aqui passando mal.

Não havia como ser mais rápido e aquele pedido, aquela cobrança, foi o suficiente para me fazer parar por alguns segundos e chorar. Chorar porque eu reconhecia as fragilidades do nosso serviço, chorar porque estava muito exausta, chorar porque meu esforço não teria sido reconhecido. Tinha absoluta certeza que não conseguia ir mais rápido. Metade dos profissionais estavam afastados com COVID-19, e eu sabia que os usuários sofriam ao esperar pelo teste e depois por passarem mesmo que em grupo em consulta comigo.

Nunca havia adoecido de COVID-19 antes, em 2022 adoeci e graças as minhas três doses de vacina, eu tive sintomas leves. Se não tivesse adoecido pelo vírus, talvez teria adoecido de saúde mental. Aqueles dias de isolamento me causaram muita reflexão sobre meus limites. Aqueles sete dias em casa, sem poder sair do meu quarto, isolada, permitiram-me pensar nos dias que passaram, nas dores físicas que sentia não pela doença, mas pelo trabalho excessivo, as horas em pé fazendo teste, a voz que sumia de tanto falar, e o coração que disparava ao olhar a quantidade de gente que me aguardava.

A sobrecarga de trabalho e a inconstância nas adversidades da APS fazem com que nós, profissionais de saúde, sejamos a cada novo desafio levados a um limite. Na pandemia as adversidades para mim foram levadas a um novo patamar, um em que tudo parece possível para os gestores mesmo com os nossos poucos recursos. E eu tenho dificuldade de entender quais são os meus limites, ainda mais quando penso no contexto do trabalho, em um sistema universal de saúde, no qual eu estou a serviço bem aonde a porta se abre, se escancara, que é na APS.

Mas a verdade é que nós somos finitos, bem delimitados, ocupamos nosso lugar no espaço. E os recursos do SUS também o são, esses materiais e humanos que, além de finitos, são muitas vezes escassos, insuficientes. Planejamento se tenta fazer, mas parece que está sempre um pouco atrasado em relação a nova demanda que aparece. Como gerenciar nossos próprios recursos nos inspirando na equidade, integralidade e universalidade?

Minha mente e meu refúgio ficam na APS que eu conheci antes de 2020, aquela que era cheia de desafios, mas que tinha uma lógica e me permitia planejar. A cada desafio novo que surge e que parece sobre-humano e irreal eu reflito se consigo continuar adiante, e para continuar me permito pensar na temporalidade dessas situações.

As vacinas foram um outro grande desafio para nossa APS. Essa é motivo de orgulho e muito trabalho. Hoje é a principal esperança da humanidade na retomada do que estamos a

construir como novo normal. Na prática, já vemos uma redução importante do número de casos graves que necessitariam de internação e também de mortalidade.

Se não tivesse havido um atraso tão grande para o país adquirir as vacinas, muitas mortes teriam sido evitadas. O andar devagar das vacinas, a não continuidade dada diversas vezes por falta de abastecimento por parte do governo federal, faziam nosso trabalho também mais difícil. Temos a vacina e um calendário a ser seguido, pode parecer simples, mas sermos guardiões dessa realidade é sofrido. É sofrido pois é compreensível que o indivíduo queira furar a fila, estamos falando de uma corrida contra a morte, contra uma doença que nos confinou e nos afastou de amigos e familiares. Ao mesmo tempo, se eu não tenho vacina disponível para todos é justo que a sua distribuição seja dada pelo risco de morte ao se contrair a doença e não pela ordem na fila ou pela lei da força. Estamos acostumados a estar disponíveis para oferecer cuidado e estar ali nesse momento de pensar nos recursos disponíveis e no coletivo. Não foi fácil.

Vários dias de campanha em que se explicava o que era uma doença prioritária, pessoas vinham com exames, receitas, laudos, tudo era válido na conquista de uma dose da vacina. A equipe com a listagem e as normas em mãos assumiam um papel de guarda da vacina. Em contraponto, haviam dias em que vários sujeitos compareciam a unidade em busca de saber se havia uma determinada marca de vacina, nesse momento era a hora de defendermos a marca que tínhamos no momento, falarmos sobre a efetividade das mesmas e suas possíveis contraindicações.

Eu diria para minha versão 2020 para ir com calma sobre expectativas a curto prazo. A pandemia não seria controlada tão rápido quanto imaginara. Talvez vivenciá-la sem esperar tanto por seu fim, pelo depois, pelos dias que se foram e pensar que eles voltariam a ser possíveis no amanhã, me gerasse menos sofrimento. Não tenho dúvidas que a APS que vivi antes da pandemia se transformou e traz consigo uma bagagem enorme de aprendizagens, mas também de cicatrizes para os anos que estão por vir.

## 7 CONCLUSÃO

Estamos agora em abril do ano de 2022, em processo de “retomada da APS” no município do Rio de Janeiro. A imagem que me vem à mente toda vez que penso nessa retomada é de milhares de mulheres e homens voltando de uma guerra para seus lares e suas famílias. Os soldados com feridas físicas, mentais e da alma, com dúvidas existenciais, sem lembrar muito bem do que foram antes da guerra e tentando lidar com que são agora. As famílias que viveram a miséria e a ausência, também nesse processo de reconstrução, de entendimento, de buscas de novos sentidos, lutos por suas perdas.

Os profissionais de saúde nessa analogia seriam os soldados que voltam da guerra. Com absoluta certeza carregamos conosco na memória, no corpo e na alma, os dias de luta, dor e exaustão causados pela pandemia. Estamos aos poucos juntando o que temos e tentando formular sentidos, aprender com tudo que passou. E será que passou mesmo? Ainda nos resta essa dúvida dolorosa, será que ainda vamos ter mais variantes capazes de parar o mundo e nos fazer voltar para uma nova guerra a esse vírus? Ou estamos vivendo apenas uma trégua?

Aqui, vale ressaltar como a APS venceu, como ela teve plasticidade necessária, como ela conseguiu a tempo se transformar, se reorganizar para atender as demandas variadas pela pandemia. Exaustivo vacinar centenas de pessoas por dia, com certeza, mas era necessário e só foi possível porque estávamos lá, nos organizamos e unimos forças para que isso acontecesse. Atendimento coletivos, grupos virtuais, teleatendimento, telemonitoramento, isso tudo foi possível pois na APS se é permitido criar e se moldar para a demanda prioritária e humanitária que era conter e controlar a pandemia da COVID-19.

Retomada da APS. Parece simples, mas estamos falando muito mais do que a melhoria de acesso dos sujeitos aos serviços oferecidos pela UBS. Seria ingênuo não pensar que a pandemia causou transformações tanto no cenário como nos atores. A retomada acontece a partir do que temos construído e reconstruído durante esses anos, interna e externamente.

Ainda se tem muito receio quanto a sintomas respiratórios leves, por exemplo. Antes da pandemia, uma pessoa ficava resfriada com sintomas leves de congestão nasal, a garganta doendo e alguma tosse e na maioria das vezes seguia sua vida com medidas de autocuidado, sem necessidade de ir a uma unidade de saúde. Quanto tempo vai durar até que voltemos a poder pensar num resfriado com essa naturalidade?

Quando uma pessoa resfriada vai a uma unidade de saúde fazer um teste saber se está com a COVID-19, ela naturalmente se expõe também a maior iatrogenia, maior chance de sair com a prescrição de algum medicamento do qual não necessitaria. No entanto, apesar de

estarmos caminhando com as taxas de vacinação altas pelo menos entre os adultos, é essencial a informação dos testes para sabermos com está epidemiologicamente o atual momento na pandemia.

Retomar implica olhar para o que deixamos de lado durante esses anos, voltar a fazer vigilância de outras doenças, agendar consultas de rotina, rever pacientes que não se consultavam há muito tempo ou só renovavam receitas. E a população também tem urgência, precisa, quer, pressiona, lota unidades.

E como ficam os profissionais que durante tanto tempo tiveram suas funções mudadas? A lembrança do ofício virá assim tão logo quando se volte? Vi professores de educação física ficarem por dois anos completos na função de triagem dos pacientes com sintomas respiratórios. Vi ACS serem contratados no período de pandemia e ficarem por muito tempo longe de seus territórios por estarem como apoio na vacina como escribas. Se para mim, que não fiquei longe da medicina, apesar de ter tido tantas mudanças em minha prática, é difícil, imagino que essa retomada tenha que levar em consideração tudo isso.

É necessário planejar essa retomada para que seja feita da melhor maneira possível, com os recursos disponíveis. Não é justo cobrar de unidades com realidades diferentes as mesmas lógicas, as mesmas metas. É preciso entender que talvez profissionais de saúde e usuários, tal qual os soldados de uma guerra e suas famílias, se estranhem, se reconheçam aos poucos, a si próprios e um ao outro, nesse reencontro sem máscaras, sem as armaduras, sem o distanciamento.

O quão importante se torna um espaço para refletir tudo o que nos aconteceu? O quão importante é o reconhecimento de nossas limitações e desafios? Na velocidade em que tudo acontece, muitas vezes atropelamos nossos pensamentos e sentimentos mais profundos quase que querendo apagar com uma borracha parte do que vivemos. Só que eles ressurgem, se acumulam, confundem e geram sofrimento.

É nesse trabalho que trago à tona minha vivência e meus pensamentos, olhando para dentro, ao mesmo tempo em que o exterior me atinge e me transforma. Tento dar voz através desta minha vivência, também aos demais profissionais de saúde da APS, aos usuários do SUS e à favela. Aqui, minha proposta é que possamos fazer uma pausa e pensar sobre o que vivemos, construir sentidos, aprendizagem e descobrir aos poucos os caminhos novos ou antigos a serem trilhados.

Temos como limitações a serem consideradas nesse estudo a escrita que acontece enquanto vivencio os fatos. Às vezes, acontece dos pensamentos e palavras virem como em catarse, ainda confusos, ainda sem distanciamento até temporal para que se tenha uma reflexão

mais amadurecida. Por outro lado, esse trabalho pode ter uma contribuição política, educacional e até terapêutica, ao dar vozes e transformar pensamentos e angustias em palavras.

A favela, espaço onde as pessoas resistem em luta por seu direito à cidade, vivem e sofrem com a violência, com os preconceitos, com a pobreza, também se tornou um lugar onde a COVID-19 fez mais vítimas. Mais uma vez a desigualdade falou mais alto e tivemos a dificuldade de fazer valer o princípio da equidade para preservar mais vidas. O quão importante é que trabalhos científicos mostrem essa diferença, para que no futuro políticas públicas sejam capazes de proteger essas vidas.

A APS brasileira lutou e ainda luta bravamente, resiste, e mostra a sua força diariamente no embate à pandemia. Imaginar um Brasil sem o SUS durante a pandemia, como acontecia antes de sua implantação, ou como propõe alguns políticos neoliberais com suas ideias de privatização da saúde, seria imaginar ainda mais mortes, ainda mais vítimas. APS possibilitou vacinação, vigilância em saúde, atendimento às pessoas adoecidas, muito na sua lógica territorial em que as atuais políticas do governo federal vêm tirando enfoque e força. A pandemia que coloca os holofotes sobre a saúde, só mostra a importância de uma APS fortalecida, não fragmentada e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: redes, laços e políticas públicas**. 7 ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2005.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, 2018.
- ALVES, T. H. E. *et al.* Análise de óbitos domiciliares e hospitalares por causas respiratórias e cardiovasculares durante a pandemia da COVID-19 em Minas Gerais. **Fig. Sant. Debate**, Uberlândia, v. 8, n. 3, p. 104-113, 2020.
- ANDRES, S. C.; CARLOTTO, A. B.; LEÃO, A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **APS em Revista**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 09-15, 2021.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAGNO, S.; SILVA, S. L. P.; PINTO, D. S. Fala Fallet: as memórias de um grupo de idosos de uma favela em Santa Teresa, Rio de Janeiro. **Cidades, Comunidades e Territórios**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 91-102, 2015.
- BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política: obras escolhidas**. 1 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- BERARDI, F. **Extremo: crônicas da psicodelação**. [S.l.]: UBU Editora, 2020.
- BORRET, R. H. E. S. *et al.* **Pentecostalismo, sofrimento social e cuidado na Atenção Primária à Saúde: uma etnografia na Favela do Jacarezinho**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2019.
- BOURDIEU, P. Ilusão Biográfica. In: FIGUEIREDO, J. P. A. B. D.; FERREIRA, M. D. M. **Usos e Abusos da História Oral**. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- BRITO, G. E. G. *et al.* Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, 2016.
- CARNEIRO, S. A. *et al.* **Dispositivos urbanos e trama dos viventes: ordens e resistências**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.
- CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2018.
- CHANG, H. **Autoethnography as Method**. Oxfordshire: Routledge, 2016.
- CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2665-2665, 2021.

- CICV. **Acesso mais seguro par serviços públicos essenciais**. Brasília: Comitê Internacional da Cruz Vermelha; 2018.
- COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.
- CORREIA, C. **500 mil vidas perdidas**. Conexão UFRJ. 2021. Disponível em: <https://conexao.ufrj.br/2021/06/500-mil-vidas-perdidas/>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3.ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2014.
- CUNHA, N. V.; FELTRAN, G. S. **Sobre periferias: novas conflitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2013.
- DELAMONT, S. Arguments against auto-ethnography. **Qualitative Researcher**, [s.l.], v. 4, p. 2-4, 2007.
- DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, 2020.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2017.
- DE ROSA, S. *et al.* Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. **European Heart Journal**, [s.l.], v. 41, n. 22, 2020
- ELLIS, C. **The Ethnographic I: a methodological novel about autoethnography**. Walnut Creek, California: Altamira Press, 2004.
- FARIA, F. *et al.* **Ritmo de vacinação contra COVID cai no Brasil em maio**. Folha de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/ritmo-de-vacinacao-contr-a-covid-cai-no-brasil-em-maio.shtml>. Acesso em :17 mar. 2022.
- FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020.
- FERNANDEZ, M. V. *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.
- FERREIRA FILHO, P. S. **A integração das favelas à cidade formal: o papel da regularização fundiária urbana na compatibilização entre as normas comunitárias e o Estado**. 2021. 335 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.
- FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, 2018.

- GEERTZ, C. **Obras e vidas: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: Editora -UFRJ, 2002.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1475-1482, 2020.
- GOUVEA, M. C. S. A criança de favela em seu mundo de cultura. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 86, p. 49-54, 1993.
- GUARESCHI, N. M. *et al.* As relações raciais na construção das identidades. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 55-64, dez. 2002a.
- GUARESCHI, N. M. *et al.* A rua, a casa e a escola: a construção de identidade de meninos e meninas. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 62-73, 2002b.
- GUARESCHI, N. M. *et al.* Pobreza, violência e trabalho: a produção de sentidos de meninos e meninas de uma favela. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2003.
- GUIMARAES, G. T. D. *et al.* **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, 2006.
- IBGE. **Aglomerados subnormais**. Censo de 2010. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- JOVCHELOVITCH, S. *et al.* **Sociabilidades subterrâneas: identidade, cultura e resistência em favelas do Rio de Janeiro**. Brasília: Unesco, 2013.
- KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.
- LANSKY, S.; GOUVÊA, M. C. S.; GOMES, A. M. R. Cartografia das infâncias em região de fronteira em Belo Horizonte. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 35, n. 128, p. 717-740, 2014.
- LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, p. 52-66, 2018.
- LOPES, A. C. A favela tem nome próprio: a (re)significação do local na linguagem do funk carioca. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 369-390, 2009.
- LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Campo grande, v. 40, n. 40, 2018.

MINAYO, M. C.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

MURAKAMI, M. N.; ARAÚJO, F. J.; MARQUES, C. P. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 12232-12251, 2022.

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **APS em Revista**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n. 3, 1996.

NORMANDO, P. G. *et al.* Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 116, n. 3, p. 371-80, 2021.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 4555-4568, 2019.

OLIVEIRA, E. S. F.; BAIXINHO, C. L.; PRESADO, M. H. C. V. Pesquisa qualitativa em saúde: uma abordagem reflexiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 830-831, 2019.

OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 9, 2020.

OMS. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 6 set. 2021.

OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 6 set. 2021.

PATINHO-ESCARCINA, J. E.; MEDINA, M. G. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 119-130, 2022.

PINHO, S. B. A Atenção Primária à Saúde no contexto da COVID19. **HU Revista**, [s.l.], v. 46, p. 1-2, 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

RAMOS, C.; CARVALHO, J. E. C. Espaço e subjetividade: formação e intervenção em psicologia comunitária. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 174-180, 2008.

REIS, W. **Jacarezinho**: a história da favela mais negra do Rio de Janeiro. Revista Veja Rio. 2020. Disponível em: <https://vejario.abril.com.br/blog/william-reis/historia-favela-jacarezinho>. Acesso em: 13 set. 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Abordagem da infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) na atenção primária**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Covid\\_AtendimentoAPS\\_Livro\\_20210602.pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Covid_AtendimentoAPS_Livro_20210602.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2019.

ROSENTHAL, G. A Estrutura e a Gestalt das autobiografias e suas consequências metodológicas. In: FIGUEIREDO, J. P. A. B. D.; FERREIRA, M. D. M. **Usos e Abusos da História Oral**. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 147-159, 2020.

SANTOS, A. B. S.; FRANÇA, M. V. S.; SANTOS, J. L. F. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 169-176, 2020.

SANTOS, L. P. R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020.

SANTOS, S. M. A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 214-241, 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**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SARUP, M. **Identity, Culture and the Postmodern World**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1996.

SIB. **Nota de Esclarecimento sobre o pronunciamento oficial do Presidente da República Jair Bolsonaro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Infectologia. 2020. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/07/nota-5-pronunciamento-1-covid-19.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020.

SILVA, B. Z. Pela DesCriminalização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

SILVA, J. *et al.* **O que é a favela afinal?** Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2009.

SILVA, E.; SAMPAIO, G. **Contra violência policial, favelas processam estado do Rio**. Folha de São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/06/contra-violencia-policial-favelas-processam-estado-do-rio.shtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

SILVA, T. C., *et al.* Percepção de pacientes oncológicos quanto ao impacto da pandemia de COVID-19 frente ao diagnóstico e tratamento do Câncer. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 6508-6532, 2022.

SILVEIRA, J. P. M.; ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 228-237, 2010.

SOUSA, C. J. A. *et al.* A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 60604-60625, 2021.

SOUZA, M. D. **Denúncias de intolerância religiosa aumentaram 56% no Brasil em 2019**. Brasil de Fato. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/01/21/denuncias-de-intolerancia-religiosa-aumentaram-56-no-brasil-em-2019>. Acesso em: 7 abr. 2022.

- SPRY, T. Autoethnography and the other: performative embodiment and a bid for utopia. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2017.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [s.l.], v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- STARNINO, A. Sobre identidade e identificação em Psicanálise: um estudo a partir do Seminário IX de Jaques Lacan. **Dois pontos**, Curitiba, São Carlos, v. 13, n. 3, 28 dez. 2016.
- STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista de APS**, [s.l.], v. 12, n. 4, 2009.
- TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador: Conferências Municipal e Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod\\_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20%20Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20%20Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf). Acesso em: 7 abr. 2022.
- TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 53, n. 3, p. 386-400, 2000.
- TILIO, R. C. Reflexões acerca do conceito de identidade. **Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades**, Duque de Caxias, v. 8, n. 29, p. 109-119, 2009.
- VALLADARES, L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 44, p. 05-34, 2000.
- WIELEWICKI, V. H. G. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n. 1, p. 27-32, 2001.
- ZALUAR, A.; ALVITO, M. **Um século de favela**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1998.