

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

JULIANA CAROLINE DIAS DE ARAUJO PIMENTEL

**O PERCURSO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

RIO DE JANEIRO, RJ

2021

Juliana Caroline Dias de Araujo Pimentel

**O PERCURSO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde na Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Santa Cruz Coelho

RIO DE JANEIRO, RJ

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Pimentel, Juliana Caroline Dias de Araujo.

O percurso do usuário na estratégia de saúde da família no município de Rio das Ostras, estado do Rio de Janeiro, durante a pandemia da Covid-19. / Juliana Caroline Dias de Araujo Pimentel. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2021.

93 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Karla Santa Cruz Coelho.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f. 73-83.

1. Infecções por Coronavirus. 2. COVID-19. 3. Política de Saúde. 4. Mapeamento Geográfico. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Coelho, Karla Santa Cruz. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14:30hs do dia 26 de agosto de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: "**O PERCURSO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NA PANDEMIA DA COVID-19**", foi apresentada pela(o) candidata(o): **Juliana Caroline Dias de Araujo Pimentel**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119006103 (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CÉPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CÉPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art" 1º, () Item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (x) Item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Karla Santa Cruz Coelho** (presidente); **Emerson Elias Merhy** (1º examinador); **Helvo Slomp Junior** (2º examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (x) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) **APROVADA** () **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a)

Karla Santa Cruz Coelho

1º Examinador(a):

Emerson Elias Merhy

Examinador(a): **Helvo Slomp Junior**

Aluno(a)/Examinado(a): **Juliana Caroline Dias de Araujo Pimentel**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que vieram antes de mim, as minhas ancestrais, que lutaram para que eu pudesse chegar até aqui, em especial a Maria Valentim, Vera Lucia e Janeci Araújo, respectivamente, minhas avós e minha mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por permitir a conclusão deste trabalho, por renovar minhas forças todas as manhãs e por não deixar minha fé ser abalada em dias tão árduos. Obrigada, Deus!

A minha família, por abraçar esse sonho e pela motivação dada no dia a dia. Em especial a Laura e Noah, meus sobrinhos, que me fazem sorrir e enxergar o mundo com olhos dóceis e coloridos. Obrigada pelas diferentes formas de demonstração de amor.

A Gilcinei Júnior, meu companheiro de vida, que partilha dos meus anseios e afetos, que me acolhe e oferece seu ombro amigo. Você torna a minha jornada mais leve.

A minha orientadora Karla, por todo incentivo e conhecimento compartilhado. Obrigada pelas noites de terças-feiras ricas em conversas e estudos.

Aos meus amigos do Mestrado Profissional, que trouxeram o significado de viver acreditando em uma atenção primária qualificada. Obrigada pelas sextas e sábados de conhecimento, risadas e cafés da tarde.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional, vocês proporcionaram com grande riqueza o conteúdo de cada aula, para além de disciplinas engessadas, um leque de conhecimento e proximidade. Muito Obrigada!

RESUMO

PIMENTEL, Juliana Caroline Dias de Araujo. **O percurso do usuário na estratégia de saúde da família no Município de Rio das Ostras, Estado do Rio de Janeiro, durante a Pandemia da Covid-19**. Rio de Janeiro, 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A cartografia é a produção em movimento, é elástica. O que afeta o cartógrafo precisa ser investigado, pois há um enlaçar entre o pesquisador, o pesquisado e o campo, permitindo que haja compartilhamentos e trocas sem distinção. As relações, no domínio da micropolítica, são geridas nos encontros e no agir do trabalho vivo em ato. Neste contexto, existem tecnologias de gestão de trabalho que podem ser utilizadas para identificar “ruídos”, como é o caso do Fluxograma Analisador, que tem como proposta ir ao encontro das relações estabelecidas na micropolítica dos encontros, já que permite discutir tanto as relações do trabalho vivo em ato quanto a forma de ilustrar o processo de trabalho da unidade, mostrando, conseqüentemente, o cuidado prestado e o caminho percorrido pelo usuário-cidadão-guia, criando rumos de investigação para produzir uma análise no campo da micropolítica. O objetivo do estudo foi compreender o percurso feito pelo usuário acometido da covid-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, narrativa e documental. Pauta-se em uma narrativa fictícia a partir de experiências vividas pela autora e registradas em seu diário cartográfico, tendo como referencial teórico a cartografia. Os resultados que emergiram foram atrelados ao encontro do usuário-cidadão-guia com a equipe de saúde e a construção do fluxograma analisador por uma equipe de Saúde da Família, que mapeou o percurso feito pelo usuário acometido da covid-19, sendo o guia nesse caminho. As discussões giram em torno das barreiras encontradas pelo usuário-cidadão-guia acometido da covid-19 nos encontros dentro da unidade de saúde, tais como: excesso de elipse de saída, ausência de assistência farmacêutica e busca ativa sem sucesso. A pesquisa contribuiu com o processo de aprendizagem da pesquisadora enquanto cartógrafa. O fluxograma analisador apresenta-se como uma ferramenta de gestão que pode atuar nas atividades de educação permanente de saúde em conjunto com as equipes de saúde da família, apresentando-se como tecnologia leve em saúde, pois oferece resoluções a partir da reflexão coletiva dos trabalhadores. Além disso, fazem-se necessárias discussões ampliadas no campo de planos operacionais dentro das unidades de saúde da família para maior resolutividade das demandas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Micropolítica em Saúde, Infecções por Coronavírus, Covid-19.

ABSTRACT

PIMENTEL, Juliana Caroline Dias de Araujo. The user's path in the family health strategy in the municipality of Rio das Ostras, state of Rio De Janeiro, during the Covid-19 Pandemic. Rio de Janeiro, 2021. Dissertation (Master in Public Health, Primary Health Care concentration area) Faculty of Medicine / São Francisco de Assis Health Care Institute, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Cartography is production in motion, it is elastic. What affects the cartographer needs to be investigated, there is a link between the researcher, the researched and the field, allowing for sharing and exchange, without distinction. The relationships, in the domain of micropolitics, are managed in the encounters and in the action of live work in action. In this context, there are work management technologies that can be used to identify "noise", such as the Analyzer Flowchart, which has as its proposal to go against the relations established in the micropolitics of meetings, since the analyzer flowchart discusses the relationships of live work in action and how this tool illustrates the unit's work process and, consequently, shows the care provided and the path taken by the user-citizen-guide, creating avenues of investigation to produce an analysis in the field of micropolitics. The aim of the study was to understand the path taken by the user affected by covid-19 in the Family Health Strategy of the Municipality of Rio das Ostras. This is a qualitative, descriptive, narrative and documentary research. It is based on a fictitious narrative based on experiences lived by the author and her cartographic diary, having cartography as the theoretical reference for this research. The results that emerged were linked to the meeting of the user-citizen-guide with the health team and the construction of the analyzing flowchart by a Family Health team that mapped the route taken by the affected user of covid-19, who is a guide on this path. The discussions revolve around the barriers encountered by the user-citizen-guide affected by covid-19 in meetings within the health unit, such as: Excessive exit ellipse, absence of pharmaceutical assistance and inefficient active search. The research contributed to the researcher's learning process as a cartographer. The analyzer flowchart presents itself as a management tool that can act in the activities of permanent health education together with these family health teams, it presents itself as a light technology in health as it offers resolutions based on the collective reflection of workers. In addition, it is necessary to expand discussions in the field of operational plans within the family health units for greater resolution of demands.

Keywords: Primary Health Care, Health Micropolitics, Coronavirus Infections, Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O percurso do cidadão-usuário-guia Genivaldo na Estratégia de Saúde da Família no Município de Rio das Ostras, RJ.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** Atenção Básica
- ACE** Agentes Comunitários de Endemias
- ACS** Agentes Comunitários de Saúde
- APS** Atenção Primária à Saúde
- CF** Constituição Federal
- DC** Diário Cartográfico
- EPS** Educação Permanente de Saúde
- eAB** Equipe de Atenção Básica
- eSB** Equipe de Saúde Bucal
- ESF** Estratégia de Saúde da Família
- EACS** Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
- FA** Fluxograma Analisador
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NASF-AB** Núcleo Ampliado de Saúde da Família
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PACS** Programa de Agentes Comunitários
- PNAB** Política Nacional de Atenção Básica
- PRESF** Programa de Residência em Saúde da Família
- PACS** Programa de Agentes Comunitários
- PSF** Programa de Saúde da Família
- RAS** Rede de Atenção à Saúde
- SAMU** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida — Acquired Immunodeficiency Syndrome
- SRAG** Síndrome Respiratória Aguda Grave
- SR** Sintomático Respiratório
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- USP** Universidade de São Paulo
- UFRJ** Universidade Federal do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

Deparo-me com a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda na Escola de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, *Campus Macaé*), mesmo sem entender ainda o motivo da inserção prática no primeiro ano da faculdade em comunidades e escolas, principalmente pela lógica biomédica e hospitalocêntrica presente no início da Graduação, mas o poder de mudança do extramuros na abordagem em conjunto com estes dispositivos sempre me inquietou.

Todo o percurso como graduanda me levou a refletir sobre a correlação entre o ensino e a comunidade. A possibilidade da minha inserção, ao final do curso, no internato ressignificou o meu pensar em saúde. Ao final daquele ano, em 2016, decidi que me dedicaria a estudar saúde da família. No início de 2017, entrei na Residência de Enfermagem em Saúde da Família do Programa de Residência em Saúde da Família (PRESF), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O deslocamento de Rio das Ostras, município de médio porte, e a minha entrada na APS do Rio de Janeiro transladaram meu olhar como enfermeira. Os encontros proporcionados na residência mostraram-me um olhar diferenciado, que eram apenas nas linhas de cuidados e grupos engessados, mas que se abriram para a demanda espontânea, em territórios vulneráveis, com casos complexos e uma longitudinalidade do cuidado a ser mais bem compreendida.

Sair da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro para me encontrar por dois anos no Complexo da Penha, Zona Norte do Rio de Janeiro, transformou a inquietação em ação e aprofundamento na temática. Ao término da residência, em março de 2019, retornando a Rio das Ostras, em agosto de 2019, deparo-me com uma construção diferenciada na gestão, no planejamento e na minha própria autonomia como enfermeira de família.

Desde minha inserção neste novo local, a presente pesquisa vem sendo motivada pelos encontros e percursos que a minha trajetória profissional propõe como enfermeira de família. O encontro do ser profissional de saúde atuando no Sistema Único de Saúde (SUS) e militando na defesa do acesso e assistência aos usuários de uma área adscrita trazem as inquietações desta pesquisa por meio de vivências no meu cotidiano que envolvem diferentes pessoas em ciclos de vidas dissemelhantes e com particularidades únicas.

A temática que envolve a escrita desta dissertação circula entre o usuário em atendimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o percurso feito por ele ao adentrar na unidade de saúde do Município de Rio das Ostras, Estado do Rio de Janeiro, RJ. O Mestrado Profissional em APS na UFRJ surge como um espaço de pensamentos críticos de uma vida

acadêmica inserida na APS, motivada pelos caminhos trilhados, mas com barreiras que precisam ser transpassadas para atingir um cuidado equânime de autonomia plena, voltada para os usuários acolhidos na ESF.

A elaboração deste projeto vem da necessidade de promover o *desembaraçar dos nós* existentes nas relações, no encontro com o outro e na forma como aplicamos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pretendendo iniciar a reflexão e um processo de transformação de todos que almejam e sentem-se inquietos com rotinas, barreiras e fluxos impeditivos do cuidado.

Durante o tempo de saída do Programa de Residência em Enfermagem e do início do meu trabalho no Município de Rio das Ostras, algumas situações me fizeram olhar de maneira crítica para a forma do trabalho como enfermeira. Essas inquietações me motivaram a escrever esta dissertação, pois percebia, de forma alarmante, que a assistência nas unidades de saúde da família poderia ser feita com outra perspectiva. Porém, no meu trajeto como pesquisadora, ocorre a pandemia da covid-19 no mundo.

De certa forma, ainda no início de 2020, apesar de começarmos a ler e a estudar sobre o assunto, o tema ainda era distante da nossa realidade. Eu, assim como outros profissionais, acreditava que o Brasil, em especial o Município de Rio das Ostras, não seria acometido por este vírus. Em março de 2020, tudo mudou, pois o primeiro caso no município foi confirmado e medidas de isolamento social começaram a ser implementadas.

Em maio de 2020, eu adoeci e acabei sendo vítima da covid-19 com sintomas leves da doença, mas suficientes para me afetar psicologicamente, causando sofrimento psíquico e quadros intensos de ansiedade, que não foram sanados após 14 dias de isolamento, persistindo por longos meses durante o ano de 2020.

Em 2021, por vacância de enfermeiros na rede, fui remanejada para o setor de atendimento no Pronto Socorro Municipal, o que me proporcionou um olhar fora do “mundo APS”, trazendo aprendizado e arcabouço teórico para a escrita desta dissertação. Percebi que muitas questões poderiam ter sido resolvidas se a APS tivesse uma estruturação diferenciada da atual. Foram três meses no atendimento emergencial dos casos graves da covid-19, simultaneamente ao meu retorno às sessões de terapia para lidar com as situações que abracei enquanto enfermeira diante dos casos graves. Dessa forma, ressignifiquei o meu olhar sobre as unidades de saúde da família e trouxe minha motivação, meu fôlego, para terminar esta dissertação.

Olho para trás e entendo que tenho apenas cinco anos de formação, sendo que dois vivendo em um momento de pandemia. Vivo este tempo em uma dedicação profunda em saúde da família e saúde coletiva, quando fui confrontada em diversos momentos a desistir deste caminho, mas, ao ressignificar-me, compreendo a luta política dos profissionais de saúde que dedicam-se a esta linha de pesquisa, uma luta diária para buscar um sistema de saúde equitativo, integral e resolutivo. Espero que daqui a cinco, dez ou vinte anos, olhe para esta dissertação e compreenda que foi só o início de um aprofundamento e inspiração para as demais pesquisas que virão. Desejo que eu possa enxergar o sistema que acredito mais bem estruturado.

Quero, espero e acredito nas futuras gerações, que a educação e a luta de hoje sejam inspiração para iniciar um novo ciclo, que a APS seja uma fonte fortalecedora e o meio principal e inicial para conter quaisquer processos de saúde-doença ou até mesmo pandemias que o mundo irá encarar. Que este trabalho seja visto para além da doença e que tenha o usuário como guia nesta caminhada. E que, por fim, a minha motivação seja sempre coletiva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. RELATOS DE UM ENCONTRO	20
3. REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 A construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil	25
3.2 O trabalho vivo em ato nas Estratégias de Saúde da Família	29
3.3 O Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Município de Rio das Ostras, RJ	32
4. OBJETIVOS	37
4.1 Objetivo Geral	37
4.2 Objetivos Específicos	37
5. METODOLOGIA	38
5.1 Natureza da Pesquisa	38
5.2 Cenário e Participantes da Pesquisa	40
5.3 Coleta de dados: Instrumentos e Ferramentas Utilizadas	40
5.4 Processamento do Campo	41
5.5 Procedimentos Éticos da Pesquisa	42
6. RESULTADOS	43
6.1 O Diário Cartográfico de uma Aprendiz em Tempos de Pandemia	43
6.2 Os Encontros do Usuário-Cidadão-Guia Genivaldo	47
6.3 O Fluxograma Analisador do Usuário-Cidadão-Guia Genivaldo	49
7. DISCUSSÃO	56
7.1 O Caminho Percorrido Pelo Usuário-Cidadão-Guia	56
7.2 A Produção de Dados no “entre” e no “ato”	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO	84
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	88

1. INTRODUÇÃO

A proposta desta dissertação é a micropolítica do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no percurso que o usuário-cidadão-guia irá desenvolver no momento que adentra na Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo uso do Fluxograma Analisador (FA), nesse processo de caminhos trilhados, e dos encontros que afetam e se deixam afetar. Mergulho em um leque de encontros e vivencio experiências ao longo da minha jornada como enfermeira e pesquisadora.

Penso, vejo e admiro a cartografia, que descreve implicações que o corpo vibrátil cria e (re)cria, novas sensações e sentidos, caminhos e teorias, ambas partindo da experiência do cartógrafo que vive e capta, ao afetar e ser afetado, que gera transformações e rompe ilusões analisando o seu entorno. A cartografia é elástica. Não se trata de caminhos sem direção e ausência de padrões metodológicos padronizados, mas caminhos que surgem nos dias vivenciados e no cotidiano de busca por pistas e conexões, como foi tão bem colocado por Rolnik (2014).

A cartografia é a produção em movimento. Não há neutralidade. As relações que compreendem tal abordagem buscam compreender a potência, a despotência, as relações de poder, levando o conhecimento em ato. O que afeta o cartógrafo precisa ser investigado, pois há um enlaçar entre o pesquisador, o pesquisado e o campo, permitindo que haja compartilhamentos e trocas sem distinção (PASSOS BARROS, 2015).

O estabelecimento das relações no campo do trabalho, seja do trabalhador com o usuário-cidadão-guia ou entre os trabalhadores, que compartilham do mesmo ambiente, é de natureza complexa e intersubjetiva, pois elas permeiam a atividade exercida por cada indivíduo, partindo do local onde cada um se encontra, fazendo-se presente no cotidiano das práticas de saúde, sendo destaque nos processos dialógicos da gestão do cuidado (AZEVEDO *et al.*, 2018; COSTA; ABRAHÃO, 2018).

Essas relações, no domínio da micropolítica, são geridas nos encontros e no agir do trabalho vivo em ato no qual a construção do cuidado tem um lado formado pelos produtores do cuidado, portadores de ferramentas como o conhecimento e equipamentos, e do lado oposto formado pelos agentes “consumidores” que, mesmo sendo ativos no seu cuidado, têm suas necessidades, carregadas de representações e de seus próprios conhecimentos, estando a produção do cuidado estabelecida como necessidades (MERHY, 2004).

Neste contexto, temos o usuário-cidadão-guia que está imerso na cartografia, ele é pesquisador e torna suas conexões, suas vivências de cuidado e seus afetos como parte da pesquisa. Ele traz consigo sua história e sua narrativa, a cartografia, como expressado por Fernandes (2017, p. 27) “compreende os movimentos de acesso e barreira presentes nos serviços, as linhas de fuga, os fluxos, as conexões e outras formas de cuidado, resistência e existência deste mesmo usuário, que também pode representar uma multidão”.

Diante deste viés cartográfico, Merhy (1997) defende a construção de tecnologias de gestão de trabalho que possam ser utilizadas para identificar ruídos nos processos realizados neste ambiente, que possibilitam fuga daquilo que é normalizado nas rotinas das unidades de Atenção Primária, principalmente na ESF. Como exemplo, a implementação de instrumentos para potencializar as avaliações do trabalho desenvolvidas nos serviços de saúde, como o caso do FA.

O FA é uma ferramenta utilizada para proporcionar a autoanálise e autogestão do trabalho. Essa ferramenta pode ser usada para compreender o percurso feito pelo usuário-cidadão-guia, indo ao encontro de representações gráficas que mapeiam fluxos levando à equipe de saúde refletir sobre “para quê?”; “o quê?” e “como?” ocorre a gestão no seu processo de trabalho a partir dos caminhos trilhados pelo usuário-cidadão-guia (MERHY, 1997).

A representação gráfica do FA consiste em três símbolos: a elipse, em que abriga a entrada ou a saída da produção do serviço; o losango, que retrata o momento no qual precisa haver uma decisão para continuação do trabalho e o retângulo que simboliza o momento de intervenção ou ação daquele processo (FRANCO; MERHY, 2003).

A proposta de interrogar a micropolítica na utilização do FA tem o intuito de demonstrar as relações entre profissionais de saúde e usuários da rede no desenvolvimento da organização, mostrando as fragilidades e pontos fortes para o cuidado no percurso do usuário-cidadão-guia dentro da unidade de saúde. Além disso, o FA tem outros objetivos no processo de trabalho, tais como: identificar nós críticos, contribuir no planejamento e reorganização, analisar o modelo assistencial, disparar processo de autoanálise na equipe de saúde e servir como banco de dados, pois é a memória dos trabalhadores (REIS; DAVID, 2010; FRANCO; MERHY, 2003).

Com a proposta do Ministério da Saúde de criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, para que a prática assistencial tivesse a finalidade de promover a saúde de famílias em um novo modelo de praticar saúde. Desta forma, tais conceitos vieram juntamente com o PSF para estruturação desse modelo, como caráter substitutivo de práticas que pudessem enxergar o usuário em sua totalidade, ou seja, propondo a integralidade, a hierarquização das

ações, a territorialização e adscrição de clientela e a adoção do trabalho em equipe multiprofissional (BARBOZA, 2005).

Cerca de doze anos após o PSF, estabelece-se a ESF, sendo reconhecida por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) a partir da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, definida como estratégia prioritária para organização e fortalecimento da APS no Brasil, preconizando a reorganização da APS de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo Merhy (1998), as unidades de Saúde da Família precisam ser vistas como lugares estratégicos-alvo para operações e iniciativas referentes ao cuidado integral e fora dos padrões hospitalocêntricos. Desta forma, a conformação multiprofissional dos atuantes na APS levam ao entendimento do cuidado ampliado e do fortalecimento da equipe com o saber clínico de cada profissional, gerando esse cuidado integral, resolutivo e abrangente aos usuários-cidadão-guia que adentram na ESF. Apesar de contar com alguns obstáculos que permeiam, tais como a ausência de cooperação, rigidez das estruturas organizadas, desigualdade social entre os membros da equipe, rotatividade dos profissionais e mão de obra não qualificada, este modelo é eficaz nos resultados, se for bem gerido (PERUZZO, 2018).

Logo, a proposta do FA vai ao encontro das relações estabelecidas na micropolítica dos atendimentos que acontecem na ESF, já que o FA discute as relações do trabalho vivo em ato e ilustra o processo de trabalho da unidade, mostrando, conseqüentemente, o cuidado prestado e o caminho percorrido do usuário-cidadão-guia, criando rumos de investigação para produzir uma análise no campo da micropolítica, justificando-se esta pesquisa.

Entendemos que a contribuição deste trabalho, do ponto de vista acadêmico, será apropriada para cursos de Graduação e diferentes tipos de Pós-graduações, já que a temática precisa ser ampliada e debatida de forma suficiente nas aulas rotineiras, evitando lacunas futuras no ensino-aprendizagem do profissional inserido no campo da APS. Para o profissional atuante na APS, com o intuito de ir ao encontro de si, é essencial estimular o processo pedagógico e reflexivo de propostas referente à micropolítica do cuidado, levando a mudança de práticas, comportamentos e transformações no ambiente de trabalho.

Cabe ressaltar que a criação desta dissertação se deu durante a pandemia do novo coronavírus (covid-19), na conformação de um “novo mundo”, na esfera e no retrato das modificações físicas e psicológicas que, enquanto autora, trouxeram afetações e a necessidade de mudar o foco desta pesquisa, que inicialmente tinha outro objeto de estudo.

Desta forma, as afetações geradas em março de 2020, no Brasil e no mundo, abraçaram a população, quando se declarou a chegada da covid-19, o que gerou insegurança em face do

que estaria por vir. Como necessidade e foco inicial, tive o mergulho nas pesquisas que têm como pilar a covid-19, afetando e me deixando afetar, caminhando e trilhando caminhos aos quais fui direcionada e norteada ao construir esta pesquisa. A cartografia mostra-se como referencial teórico que ajusta o pesquisador à pesquisa, na qual são trilhadas pequenas questões, passíveis de modificações. Dada a entrada da pandemia no Brasil, o foco da minha pesquisa mudou justamente pela forma como se deu a entrada da covid-19 no Brasil e por toda minha jornada imersa na assistência como enfermeira na ESF.

Desta forma, me deparo com a seguinte questão: Como está o percurso do usuário acometido da covid-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras?

Para este trabalho de dissertação, no capítulo Relatos de um encontro, apresento o encontro gerado entre o pesquisador e o usuário, ambos retratados na forma de uma narrativa fictícia, que norteará a pesquisa com seu viés cartográfico. O terceiro capítulo, Revisão de Literatura, é subdividido em três tópicos que envolvem a construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil; A Micropolítica do Trabalho Vivo nas Estratégias de Saúde da Família e o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Município de Rio das Ostras do Estado do Rio de Janeiro. No quinto capítulo, me debruço na metodologia, com o detalhamento do percurso feito por esta pesquisadora para a construção deste trabalho de dissertação. O sexto capítulo retrata os resultados levantados da pesquisa que emergiram como categorias: O Diário Cartográfico de uma Aprendiz em Tempos de Pandemia; Os Encontros do Usuário-cidadão-guia Genivaldo e O Fluxograma Analisador do Usuário-cidadão-guia Genivaldo. Para o sétimo capítulo, são apresentadas as discussões geradas, retratadas nos tópicos O Caminho Percorrido pelo Usuário-Cidadão-guia Genivaldo e A Produção dos Dados no “entre” e no “Ato”. E, por fim, o oitavo capítulo é referente às minhas Considerações Finais.

2. RELATOS DE UM ENCONTRO

Genivaldo¹, 58 anos, sempre ativo e prestativo, conhecido pelo sorriso largo e por um grande “Bom dia minha gente” que ecoava pelas ruas ao redor da ESF. Diariamente, entrava na ESF, tomava um copo de água gelada do bebedouro ao lado do balcão da recepção e com sempre dizia “É menina, o dia será longo”. Certo dia, ele comparece à unidade para atendimento, diferente dos outros dias quando sua presença era estritamente para desejar um bom dia, sua ida é marcada por um olhar entristecido e preocupado. É recebido pelo administrativo e pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) que estão na recepção. Perguntando em como poderia ajudá-lo, o mesmo sem hesitar, em meio a um choro contido relata que não dormiu a noite, pois estava com tosse e com o “corpo quente”.

— Você está agendado?

— Não, eu vim porque não tô passando bem. Preciso agendar uma consulta ou eles atendem mesmo assim? Questiona Genivaldo.

— Como o senhor está com febre e tosse, eu vou pedir para a enfermeira te ver, só um minuto.

A ACS me sinaliza sobre o caso, porém não contente por ele estar sintomático, expressa: “Esses pacientes sabem que se está assim precisa ir no Centro de Triagem e não aqui, aqui não é serviço para covid-19”. Encaminho Genivaldo ao consultório de enfermagem e dou início ao seu acolhimento.

— Oi Seu Genivaldo, o que te trouxe por aqui hoje?

— Ah, menina! Hoje não é por coisa boa... abaixa a cabeça entristecido. Eu acordei mal, sabe? “Tô com dor no pulmão” de tanto que tossi essa noite e me “queimando o corpo”

— É mesmo Seu Genivaldo? Me conta mais sobre isso. Quando começou essa tosse e o corpo “quente”?

— Menina, sabe como é, né? Eu continuo fazendo minhas reciclagens normalmente, porque, pra gente como eu, não tem quarentena. Eu continuo levantando às 6h e faço café pra tomar com as minhas crianças. Escovo a boca. Troco de roupa e vou trabalhar. Eu

¹ Nome fictício, assim como os outros que aparecerão ao longo desta narrativa e desta dissertação.

faço todos os cuidados, mas, às vezes, a gente não sabe onde pôe a mão. “Menina” — com um ar surpreso expressa — a febre me deixou dormindo até às 9 horas da manhã, a senhora me conhece, às 8h já estou na ativa, trabalhando. Sem falar dessa tosse...

— Mas além da febre, tem mais alguma coisa que te incomoda?

— Tem sim, uma dor de cabeça forte, um cansaço, me dói tudo, até pra respirar dói.

— E na sua casa? Mais alguém está assim?

— As crianças estão bem, ninguém reclamou.

— O senhor está assim há quanto tempo?

— Três dias hoje!

Genivaldo trabalha há anos com reciclagem, mora com sua esposa, três filhos, dois netos e uma sobrinha. Sua casa é composta de quatro cômodos e sua renda é de um salário-mínimo por mês. Ele pertence a uma das famílias mais conhecidas da equipe, justamente pelos atendimentos recentes ocorridos como o pré-natal da sua filha e a puericultura dos seus netos. A primeira vez que vi Genivaldo foi em uma visita domiciliar para uma busca ativa, a filha mais nova estava gestante e faltou a consulta de pré-natal. Nessa visita, logo, no início da manhã, percebi que ele carregava uma história dura e disfarçava com um sorriso. Genivaldo veio da Paraíba para o Rio de Janeiro ainda adolescente. Aos 14 anos, já engraxava sapatos na Central do Brasil e tinha trabalhos informais. Aprendeu a escrever seu nome, aos 17 anos, porque o patrão da obra em que trabalhava ensinou. Aos 18 anos, conheceu sua primeira esposa, Maria, e foi morar no Morro da Providência, onde viveu por três anos. Ele refere de maneira carinhosa sua ex-mulher, que de forma precoce faleceu durante o trabalho de parto junto com o primeiro filho do casal. Durante muitos anos, entregou-se à bebida e ao cigarro, quando decidiu sair do Morro da Providência e se isolou no Município de Rio Bonito. Começou a trabalhar em uma fazenda local cuidando dos cavalos, ficando por cerca de vinte anos. Nesse tempo, conheceu sua atual esposa, Iara, com quem teve três filhos. Ele sempre fala que estava amargurado e desgostoso da vida quando conheceu Iara e refere-se a ela como “o sol da minha vida”. No início dos anos 2000, resolveram se mudar para o Município de Rio das Ostras. Na época, a promessa era que o local seria um dos melhores locais para se morar na Baixada Litorânea. Já faz vinte anos que residem na cidade, sendo quinze deles reciclando. Desde a primeira vez que ouvi falar sobre Genivaldo e sua história, me afetei bastante por se assemelhar a história do meu avô materno, que como imigrante saiu do Nordeste em busca de oportunidades no Rio de Janeiro. Além disso, ele carrega na pele um rosto cansado e

um sorriso que são inesquecíveis. Durante o exame físico, eu relembro toda essa história, como um filme passando pela minha mente enquanto ausculto seu pulmão direito. Verifico seus sinais vitais e, enquanto termino de preencher a ficha de triagem e atendimento, resolvo conversar e orientar alguns pontos como de costume.

— Seu Genivaldo, o senhor apresenta sintomas da covid-19. Estamos em uma pandemia e seu quadro é semelhante aos de casos leves, então a gente costuma dizer que entra como um caso suspeito e na classificação do Ministério da Saúde como Síndrome Gripal. Mas, fique tranquilo, o senhor vai precisar fazer o teste em outra unidade de saúde, lá no Centro de Triagem, já que aqui é só um acolhimento inicial que realizamos. Além disso, têm alguns medicamentos que o senhor precisa tomar para acabar com essa febre, mas antes você vai precisar passar pela médica da equipe para receber essa receita e a consulta. O senhor vai precisar ir ao Centro de Triagem com esse encaminhamento para coletar o *swab*, aquele teste do cotonete, sabe? A gente vai entrar em contato esses dias para saber como o senhor está. Beba bastante água, descanse, coma uma alimentação mais leve e saudável. Além disso, o senhor não vai poder sair neste momento e precisa ficar em um cômodo restrito, longe das pessoas da casa. Mas, em um piscar de olhos, percebo que as orientações que dei não condizem com a realidade de Genivaldo. Apesar de conhecer sua vida e história, pego-me praticando orientações automáticas e restritas a um protocolo. O silêncio gritava pela sala. Decido desconstruir o que acabei de orientar. Reformulo e digo: — Vamos fazer melhor seu Genivaldo. Conta pra mim, como está sua alimentação desde que começou a quarentena? Nesse momento é como se abrisse uma oportunidade em meio a uma multidão de atendimento para ele falar.

— Menina, não me leve a mal, mas como eu vou ficar sem ganhar meu dinheirinho? A senhora já foi na minha casa uma vez. Como eu vou ficar sozinho em um cômodo em uma casa pequena? A comida ainda tem. Mas a igreja que levou uma cesta básica na semana passada. O trabalho reduziu, e eu fico com medo agora de pegar os materiais. Esse álcool em gel é caro, e quase nunca consigo lavar minha mão na rua, só lavo quando chego em casa. Não tem como eu ficar parado. Eu preciso pagar algumas coisas e não recebi nenhum dinheiro do governo. Menina, aqui não tem medo de trabalho, já fiz de tudo na vida, o que não posso é parar.

Eu me calei por uns segundos. Não soube o que responder e entendi que o caso ia além das minhas orientações.

— Seu Genivaldo, eu entendo o que o senhor está me falando. Então eu vou pedir pro senhor ter cuidado, tentar dormir a uma distância de pelo menos 1 metro de cada um, lavar bem as mãos e continuar usando a máscara, isso vai diminuir o risco. Vou pedir pro senhor aguardar lá fora, e a médica vai te chamar. Daqui há dois dias entramos em contato. Vai ficar tudo bem.

Aproximadamente 40 minutos depois, escuto a voz do Seu Genivaldo. Vou até a recepção e escuto o seu relato, terá que ir até o Centro da cidade, já que a farmácia da unidade está desativada.

— Oi Seu Genivaldo. Já passou pela médica?

— Já sim, menina, eu vou ter que ir até o centro da cidade. Esses remédios devem ser caros, né? Tenho que buscar em algum lugar e fazer o exame da covid. Cada coisa é em um lugar diferente. Vou pedir para as minhas crianças irem comigo, a “dotora” me falou que não é bom eu pegar o transporte sozinho.

— Entendi seu Genivaldo. Acho melhor falar com uma das suas filhas. Sinto muito por não conseguir os medicamentos aqui e por não poder realizar o teste do *swab* na unidade.

— É difícil, né, menina? — Expressa com um olhar esgotado.

Passados dois dias, entro em contato pelo número de telefone que Genivaldo me disponibilizou, mas não recebo retorno. No dia seguinte, peço à ACS da equipe para ir à visita domiciliar. Ela me retorna ao final do dia dizendo que não conseguiu achar ninguém em casa.

No quarto dia após a consulta com seu Genivaldo, Dona Iara é a primeira pessoa a aparecer na unidade acompanhada de Genivaldo. Era nítido que Genivaldo apresentava-se instável, diferente de como chegou há quatro dias. Durante a triagem, é possível verificar que ele está com dispneia, saturando a 93%, 150 bpm, 25 irpm e pressão arterial de 140x90 mmHg. Chamo a médica até a sala e durante a avaliação percebe-se a necessidade do encaminhamento hospitalar imediato.

— Seu Genivaldo e Dona Iara, a equipe percebeu que será necessário transferir o Seu Genivaldo para fazer uma avaliação detalhada, realizar a coleta de uns exames pra entender melhor como encontra-se a função respiratória, certo? A ambulância irá buscá-lo e, enquanto isso, levaremos o senhor para esperar em uma sala mais confortável.

Escuto essas palavras da médica da equipe enquanto o olhar do Genivaldo torna-se mais cansado.

Entro em contato, passo o caso do Genivaldo e solicito a ambulância disponibilizada pela rede do município: — Está demorando um pouco, temos que higienizar após a saída de cada paciente—. Enquanto escuto essa frase pelo telefone, percebo que Iara começa a dizer à ACS que precisa ir para casa realizar seus afazeres e que se mostra preocupada, pois Genivaldo não irá almoçar. Diz que pensa em trazer uma marmita para ele comer enquanto aguarda a ambulância.

Após quatro horas de espera, a ambulância leva Genivaldo para o hospital. No dia seguinte, durante a reunião de equipe, a ACS informa que Genivaldo foi internado e está usando máscara CPAP, sendo essa a única informação da família após 24h da sua internação. Ao final daquela semana, faço contato telefônico com a rede terciária, mas não consigo esta contrarreferência. Peço para uma das ACS perguntar diariamente à família sobre o caso do Genivaldo e passar para a equipe sobre a evolução do seu estado. Uma semana após a internação, Genivaldo é intubado, está com síndrome respiratória grave e o diagnóstico de diabetes mellitus. Quinze dias após a notícia da intubação, em um sábado chuvoso, olho meu celular pessoal e vejo a mensagem de uma das ACS, a notícia recebida é que Genivaldo veio a óbito. O resultado do seu teste positivo saiu naquele dia, horas antes do seu falecimento. Enquanto a chuva caía lá fora, eu olhava para o celular sem saber o que responder, refletindo sobre as últimas semanas que antecederam sua morte.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo busca teorizar aspectos que envolvem a construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil; A micropolítica do trabalho vivo nas Estratégias de Saúde da Família e o Enfrentamento da pandemia da covid-19 no Município de Rio das Ostras.

3.1 A construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil

O Brasil é um país de luta e de resistência, que foi explorado, escravizado e que resistiu. Resistiu, mas carrega consigo histórias de dor com resquícios da sua invasão que reflete nos dias atuais. Somos um país pautado em conquistas a partir de lutas populares, porque nada foi dado, tudo foi conquistado com luta e vontade de fazer mudanças. Entre tantas pautas, temos a luta pelo direito à saúde, proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Temos assim, 30 anos, três décadas do SUS (FERNANDES, 2017).

A luta apresentada na reforma sanitária, concomitante a saída de um período ditatorial no país, caminharam junto com a nova Constituição Federal (CF), que garantiu o direito de acesso a um sistema de saúde universal a toda população, sendo sua origem como política através da Lei nº. 8.080/90, que emerge com a proposta de agir a partir da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

No mundo, ocorriam debates acerca dos sistemas de saúde, em uma dessas discussões surge o Relatório Dawson, em 1920, um documento inicial que descreveu a organização e função dos diferentes níveis de atenção, assim como um esquema de rede. Este documento inglês tem como proposta os modelos de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Após alguns avanços, a partir desse relatório, surge a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata ocorrida na antiga União Soviética em 1978 (MENDES, 2015).

Nesta conferência, houve um acordo para o alcance de metas entre os países membros, 134 países participantes, que ao assinarem a Declaração de Alma-Ata comprometeram-se atingir um nível alto de saúde até os anos 2000, política conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Os cuidados Primários em Saúde tiveram seu conceito definido após a conferência Alma-Ata, em que os cuidados essenciais em saúde são baseados em métodos práticos, com comprovações científicas, socialmente aceitáveis e configuradas de forma acessível, na família ou na comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Apesar dessas metas propostas em Alma-Ata não terem sido alcançadas no Brasil, a luta pela redemocratização, entre elas o Movimento da Reforma Sanitária, direcionou a conquista

da saúde universal por meio do modelo da Atenção Básica (AB) a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que estabelece a saúde como “um direito de todos e dever do estado”, assim como a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que reforça diferentes conquistas de base para uma melhor organização dos serviços.

Quando discutimos AB e posteriormente a APS, precisamos analisar as especificidades do Brasil, que diferente de outros países, tem a sua própria jornada. Na III Conferência Nacional de Saúde, já era debatido uma modalidade de cuidado em territórios que abrangesse ações individuais e coletivas para diminuir as desigualdades sociais. Houve ainda, nas décadas dos anos 70 e 80, algumas experiências de organização da AB por iniciativa dos estados e municípios, porém o debate organizacional foi deixado de lado no momento da ditadura militar. As movimentações de retomada ocorreram somente no processo de luta e construção do SUS em 1988 (FEUERWERKER, 2020).

Diante da reformulação do nosso sistema de saúde, passado a promulgação da nova Constituição, pode-se citar o processo de iniciação das ESF, que começou pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991, com a pretensão de reformular o setor de saúde atuando na redução da mortalidade infantil e materna. Após esse modelo, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, com o objetivo de promover a saúde da família em um novo conceito de cuidar. Atualmente como ESF, propaga a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde respeitando os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

A ESF atua como fator essencial na promoção e prevenção da saúde, destacando a sua inserção e participação no indivíduo, família e comunidade em um território adscrito e com uma população definida, pautadas em ações que são levantadas a partir dos diagnósticos situacionais, integradas em uma rede em que a APS se configura o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Hoje, uma equipe de saúde da família é formada por uma equipe multiprofissional de saúde, que conta com um enfermeiro, um médico, ACS 's, técnico ou auxiliar de enfermagem. Além disso, pode fazer parte os Agentes de Combate a Endemias (ACE) e a equipe de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal) (MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2017)

Apesar do percurso histórico vivido em prol de ganhos na AB, tais como a criação da CF de 1988, o início do SUS e da ESF, no Brasil, apenas em 2006 elaborou-se uma política de saúde para seu fortalecimento, sendo esta denominada PNAB. Esta política originou uma mudança nas práticas da AB, tanto individuais quanto coletivas, no quesito promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, visando o cuidado integral e autonomia do indivíduo, o que gerou

aumento da resolutividade e longitudinalidade do cuidado, fortalecimento do vínculo e diminuição dos agravos em saúde (BRASIL, 2012).

Contudo, em 21 de setembro de 2017, foi estabelecido pela Portaria Ministerial GM/MS nº 2.436 a última revisão das diretrizes sobre a PNAB, com mudanças gerais que limitam o trabalho das equipes de saúde da família, tais como “relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política”, ou seja, uma desconfiguração do que estava construído ao longo dos anos (MOROSINI *et al.*, 2018).

Com a promulgação desta “nova PNAB”, temos atualmente uma “PNAB oculta” e, para além disso, o texto da PNAB não contém todo o processo de desconstrução que há nas portarias que a seguem. Morosini, Fonseca e Lima (2018) retratam que medidas como implementar equipes de AB fora da ESF, a ausência de um número mínimo de ACSs nas equipes, realização de apenas o pacote mínimo de atendimentos e atribuições comuns entre os ACS e os ACE contribuem negativamente e aumentam as fragilidades das equipes de Saúde da Família.

Para Feuerwerker (2020), no capítulo produzido para o livro **Perspectivas para o cuidado, para avaliação e para pesquisa na APS**, da coleção **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS** há uma discussão de forma clara sobre a especificidade da APS brasileira comparada com outros modelos no exterior e como a PNAB vigente “agora oficialmente chamada de Atenção Primária à Saúde”, caracterizada por uma série de retrocessos. Para a autora, “um desastre”.

Outra especificidade discutida, com a reformulação da PNAB em 2017, é a inserção de uma Equipe da Atenção Básica (eAB), um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB), uma Equipe de Saúde Bucal (eSB) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A eAB tem a presença do enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, mas a figura do ACS e da equipe de saúde bucal é facultativa. O Nasf-AB atua tanto nas equipes de saúde da família quanto nas eAB. O mesmo acontece com a eSB, sendo sua atuação tanto na saúde da família quanto na eAB. Tal conformação gerou dúvidas e discussões, pois acredita-se que essa nova modalidade transforma a ideia original das equipes de saúde da família e desmonta o que já é estabelecido. Por outro lado, a política afirma que esta modalidade é o início para estruturação e surgimento de novas equipes, a fim de suprir locais remotos e com vacância de profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Ademais, foram realizadas mobilizações após a publicação dessa revisão, assim como diferentes pesquisas (REIS, 2017; MELO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

que refletem os prós e os contras sobre essa reorganização, ressaltando-se um número mais abrangente de tópicos contra, principalmente pelo entendimento de que a AB naquele momento estava ganhando forças, solidificando-se e que essa reformulação seria uma paralisação do que estava sendo promissor.

Feuerwerker (2020) ainda se debruça para constatar que até 2016 a política propunha mudanças para que a AB reorientasse o modelo tecnoassistencial e fosse promotor de potências de vida e criasse forte vínculo com os usuários, porém só seria de fato efetivado por meio de transformações, que no governo de Jair Bolsonaro, não ocorreram e que tornaram a AB com objeto de desmonte imediato. Entende-se que para uma política entrar em vigência há inserção de dispositivos e estratégias, e que a política trabalha com jogo de forças, sendo necessário enfrentar resistência e acúmulo de discussão.

“A política de atenção básica propunha trabalhar com um conceito ampliado de saúde, mas o conceito hegemônico é marcado pelo biologicismo, por exemplo. A política propunha trabalho em equipe multiprofissional, mas é intensa a disputa de poderes entre as profissões. Propunha a construção compartilhada com os usuários, mas é comum a desqualificação dos saberes dos usuários, um olhar soberano dos trabalhadores baseado no conhecimento técnico-científico, a partir do qual se pretendia governar a vida dos usuários. A política falava de um território vivo, mas predomina uma ideia de área de abrangência; falava do acolhimento como ampliação da escuta, mas ele frequentemente está reduzido a uma triagem. A política falava de uma atenção básica orientadora do cuidado, mas ela muitas vezes é operada de modo isolado, mais encaminhadora do que garantidora da continuidade do cuidado. Isso para citar algumas questões, que poderiam ser muito ampliadas (Merhy *et al.*, 2019)”

Apesar desses entraves, temos a APS atuando como centro coordenador da RAS, que se mostra ordenadora do cuidado, pois atua por meio de um modelo de relações horizontais e em rede. Algumas pesquisas sinalizam que a APS, se bem implantada e fortalecida, pode resolver até 80% dos casos atendidos, pois constitui o nível de atendimento primário, a porta de entrada preferencial do SUS, com alta capacidade resolutiva. Algumas pesquisas retratam os atributos essenciais e derivados propostos por Starfield (2002) para o cuidado adequado e uma maior expansão da APS, que junto aos princípios e diretrizes do SUS, agregaria um sistema de saúde intersectorial e amplificado (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2012 STARFIELD, 2002).

Porém, ao refletir sobre as conquistas do SUS e sobre o papel da APS como coordenadora na rede, principalmente com foco no Brasil, percebe-se que há incoerência em alguns aspectos. Sabe-se que a escassez e a desvalorização profissional, a alta demanda de

atendimento e a vulnerabilidade encontrada repelem a atuação e inserção dos profissionais de saúde nas ESF, além disso, problemas envolvendo baixas condições de salário potencializam essas questões. Percebemos que, ao buscar pesquisas no campo da resolutividade na APS e no seu papel estruturante como portal de entrada preferencial, não há estudos detalhados que mostrem a real resolutividade, que sabemos que não é de 80% das demandas, ainda mais nos achados e com foco da AB brasileira, sendo necessário ressaltar que no cotidiano do trabalho, ainda e infelizmente, são encontradas barreiras que impactam na resolução deste usuário (TESSER; NORNAN; VIDAL, 2018; GOMIDE *et al.*, 2018)

Apesar destes entraves, acredito na possibilidade de mudança, enquanto pesquisadora e enfermeira assistencial, sendo necessárias reformas a partir de políticas e modelos governamentais. Com isso, vou de encontro ao que Tasca e colaboradores (2020) discutem e listem diferentes recomendações que estruturam a APS e a tornam forte no SUS, tais como a ampliação do acesso, a consolidação da ESF, aumento do financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes, incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais, entre outras ações, que culminam na resolutividade dos problemas levantados na garantia da aplicação dos princípios e diretrizes do SUS.

Porém, a APS só será validada como porta de entrada preferencial e resolutiva, de forma concreta, quando houver mobilizações e discussões sobre seu papel com foco nas políticas vigentes, inserindo a população, governantes e profissionais de saúde nesses debates. Temos diversos autores que destacam APS, mas o olhar ainda precisa ser focado no Brasil e nas suas especificidades, para que de fato possamos expandir esse conceito e seu processo de construção a partir da ótica brasileira.

Desta forma, de maneira conjunta e com estímulo dos profissionais de saúde, pesquisadores e principalmente dos usuários, faz-se necessário fortalecer e continuar na luta de três décadas, ultrapassando gerações e gerando o fôlego de persistência e entendimento que o SUS é nosso. Criar resistência e resiliência é necessário para que os debates a respeito da influência do SUS e da APS não se esgotem por aqui, mas que sejam retomados para mudanças significativas na sociedade.

3.2 O trabalho vivo em ato nas Estratégias de Saúde da Família

Foucault, entre os anos de 1974 e 1979, elaborou o conceito de biopoder, em que há uma reflexão anátomo-política do corpo, que se objetiva no controle do tempo e do corpo humano através dos dispositivos disciplinares que retiram a força produtiva, como no caso de

escola, hospitais, fábricas e presídios. Esse leque de reflexões gera a percepção de que o poder não é mais restritivo e não se estabelece verticalmente, mas se entrelaça aos dispositivos sociais levando a pensar em novas formas de controle e conseqüentemente de luta (FURTADO; CAMILLO, 2016).

Neste campo de discussão dos poderes, considerando as diferentes reformas que vêm acontecendo, a reestruturação do trabalho em saúde e a capacidade de gerir novos arranjos tecnológicos, onde o território em disputa configura-se no campo de atuação do trabalho vivo em ato, faz-se necessário pensar em uma caixa de ferramentas e diversidade tecnológica para compreender o trabalho humano no momento de sua execução, a partir das interações que produzem cuidado (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2006).

A produção desse cuidado pauta-se em diferentes tecnologias a serem aplicadas, tanto as leves, leve-duras e duras, como já ditas por Merhy (1997), que articuladas, conferem ao profissional de saúde o seu uso no momento do encontro com o usuário-cidadão-guia. O encontro com o outro é estabelecido no campo da micropolítica e confere afetações que geram o pensar em diferentes formas de cuidado. Além disso, as relações no encontro com o outro acarretam modificações que abarcam os profissionais de saúde, demais gestores e os nossos usuários-cidadãos-guia.

O que fica claro nessa reformulação, como outras já vividas, é que a gestão do processo de trabalho pode ser modificada e reestruturada, levando em consideração o quanto somos passivos de mudanças no campo da saúde coletiva. Para isso, a equipe que atua no campo multiprofissional, especificamente da ESF, enxerga como a micropolítica do trabalho, que compreende a ação de cada um a partir de seu local de trabalho, exerce modificações em sua gestão e processos (FRANCO, 2015).

As relações entre os trabalhadores e a relação deles com os próprios usuários-cidadãos-guia contemplam a micropolítica que é centrada no trabalho vivo, um trabalho em ato, no exato momento de produção. O trabalho é relacional e a produção de cuidado se dá através da escuta, orientações e procedimentos, em que o trabalho vivo tem a liberdade de exercer tais funções (FRANCO, 2006).

Ou seja, o trabalho vivo em ato na ESF compreende a dimensão do que é vivenciado nos encontros, na micropolítica que ocorre quando eu acolho, atendo, oriento meu usuário-cidadão-guia ou quando me deparo com outros profissionais de saúde que exercem relações similares com as quais eu desenvolvo no meu campo de trabalho, compartilhando comigo suas experiências, seus encontros com outros usuário-cidadãos-guia ou seus encontros com outros profissionais de saúde.

Nesse contexto, a micropolítica nos oferece ferramentas de análises e autoanálises em nossos processos de gestão, que nos trazem a reflexão e a compreensão desse processo de trabalho. Uma dessas ferramentas é o FA, que objetiva entender o percurso que o usuário-cidadão-guia faz ao adentrar na unidade de saúde, tendo a convicção de que ele é quem nos guia nesse caminhar (FEUERWERKER, 2014; REIS; DAVID, 2010).

Essa ferramenta fornece a narrativa do processo de trabalho e de autoanálise, possibilitando rupturas de processos estagnadas e não pensados pela equipe. Tal ferramenta precisa ser centrada no usuário-cidadão-guia, sendo a própria equipe emergindo esse processo de trabalho por meio da memória desses encontros, por isso, operar com este instrumento de natureza analítica leva a potências na viabilização do SUS e da ESF, como afirma Barboza e Fracolli (2005) na “construção de tecnologias que operem com processos autoanalíticos e autogestivos, articuladas às finalidades dos serviços de saúde” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 1.083).

A aplicação ideal do F.A é por meio de registros feitos pela equipe, de preferência em reunião conjunta, explicando os objetivos e ações de planejamento e gestão, sob a orientação do usuário como guia deste processo, recordando todos os detalhes, como o tempo de permanência na unidade, os encontros neste percurso e as memórias preservadas de cada sujeito (MERHY, 1997).

Quando se obtém a representação gráfica gerada, os impasses do percurso pelo usuário-cidadão-guia e os nós encontrados são percebidos por todos, levando, a partir desse esquema, à reflexão de como o usuário movimentava-se naquela unidade e como ocorrem os encontros. Dessa forma, o processo de gestão local, tanto da equipe de saúde quanto do próprio usuário-cidadão-guia como gestor do seu cuidado, utiliza-se esse modelo para modificar e melhorar os espaços ocupados por todos, para que de maneira coletiva a reflexão seja uníssona e com modificações a serem discutidas (FRANCO; MERHY, 2003).

O FA coloca em pauta a ideia da equipe e de como o cuidado pode fragmentar-se caso a organização da mesma seja em torno de núcleos profissionais equidistantes, que não conversam entre si, ou seja, a ausência do cuidado, por vezes, só é percebida quando o usuário-cidadão-guia fala sobre a falta dele durante o acesso às unidades de saúde. O cuidado só é efetivado no encontro com o sujeito cuidador e o sujeito cuidado, operando na micropolítica dos processos relacional (MERHY, 2019).

Para além de uma organização de serviços de saúde e do que se espera em rede, seja dos núcleos profissionais, seja do funcionamento da unidade, entende-se que é por meio do

acolhimento, do saber do outro e da discussão dos problemas que o levaram até aquele espaço, que os processos relacionais geram o encontro e, conseqüentemente, o cuidado.

Desta forma, o FA atua para interrogar a micropolítica da organização do serviço, fazendo com que haja questionamentos que surjam a partir das relações entre os trabalhadores e usuários-cidadãos-guia, a fim de identificar o processo de trabalho, jogos de interesses e processos decisórios, para que seja revelada a área de sombra para gestores e profissionais atuantes, como um dispositivo que questiona e confere novos rumos dentro de um processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2003).

Com isso, fica claro como as caixas de ferramentas de gestão aplicadas, bem estruturadas e discutidas são um diferencial na identificação das barreiras, que, por vezes, passam despercebidas durante as rotinas nas unidades de saúde. Tal realidade leva a dimensão de como a micropolítica do trabalho vivo em ato nas ESF pode ser afetada a partir dos encontros e como esta ferramenta em questão, o FA, leva à reflexão de processos que antes não eram percebidos e que são passíveis de modificações, gerando um melhor cuidado por parte da equipe nos encontros que seguirão no cotidiano do acolhimento, atendimentos e escuta dos nossos usuários-cidadãos-guia.

3.3 O Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Município de Rio das Ostras, RJ

Nesta perspectiva e na construção deste trabalho, deparo-me com a pandemia da covid-19 e penso em trazer esse eixo na construção desta dissertação, visto que esta situação refletiu no meu campo de trabalho e age diretamente no percurso dos usuários dentro da ESF.

Alguns dados sobre a pandemia pela covid-19 já discutidos norteiam a nossa prática, tais como seu surgimento, com início na cidade de Wuhan e notificada para a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019, já que os primeiros casos foram diagnosticados como pneumonia de causa desconhecida, que se assemelhavam pelo relato de exposição a um mercado de frutos do mar. Além disso, inicia-se uma investigação sobre as causas que levaram ao surgimento do vírus SARS-COV-2 (CRODA; GARCIA, 2020).

Entende-se ainda, que a covid-19 é uma doença que acomete o indivíduo através do contato próximo como o aperto de mão, gotículas de saliva, superfícies contaminadas, objetos, entre outros, e entende-se também, por um estudo realizado pelo *Center for Disease Control* (USA, 2020), que confere risco muito baixo para transmissão em superfícies e em atividades

ao ar livre, mas risco muito alto em reunião fechadas, como igrejas, cinemas e auditórios (BRASIL, 2020).

Gallasch, Cunha e Pereira (2020) descrevem que o vírus tem em média cinco dias de incubação, mas com informação de duração de até 24 dias, mostrando em seu curso a predominância de sintomas clínicos leves como febre e tosse seca, podendo apresentar mialgia, cefaleia, odinofagia, diarreia e perda de olfato. Os casos graves evoluem para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que culmina na necessidade de assistência hospitalar, por vezes e em menor proporção, sendo letal, comprometendo idosos, principalmente acima de 80 anos e/ou presença de morbidade como distúrbios respiratórios crônicos, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças imunossupressoras e agravos oncológicos.

Em estudos recentes, a evolução e o desenvolvimento da doença apresentam informações que até pouco tempo eram desconhecidas, justificando-se as pesquisas para melhor entendimento desta. Sabe-se que o número da população economicamente ativa a ser infectada e a desenvolver SRAG tem crescido em proporções alarmantes, ou seja, não está relacionada apenas aos fatores de riscos ditos anteriormente, pois há adultos jovens sem comorbidades que são internados, intubado e até mesmo vão a óbito após a infecção pela SARS-COV-2 (FIOCRUZ, 2021).

O número da população jovem atingida pela covid-19 envolve diversas vertentes, tais como o cuidado reduzido com medidas de distanciamento social, higienização correta das mãos e o uso adequado de máscaras, conseqüentemente, ocorre a maior exposição ao vírus. Um fator relevante para destacar é o início da vacinação no Brasil, como sinalizado pelo Boletim Observatório Covid-19 - Semana 10 e 11 (2021), já que inicialmente teve como prioridade os profissionais de saúde, a população idosa e pessoas com comorbidades, deixando os adultos jovens aguardando sua imunização.

Tendo em vista que a letalidade da covid-19 é baixa, na comparação com outros coronavírus, a mesma pode-se ocasionar números maiores de óbitos devido à alta taxa de transmissibilidade, por isso, algumas medidas foram adotadas para minimizar a disseminação. A orientação inicial pauta-se na higienização das mãos com água e sabão, uso de álcool a 70% e cobrir nariz e boca ao tossir e ao espirrar. Com o avançar dos casos notificados e o número de pacientes graves, adotou-se em alguns países, o isolamento social, fechamento de fronteiras, testagem da população, rastreamento do vínculo epidemiológico, entre outras ações, uma vez que não havia vacinas e tratamentos terapêuticos para minimizar a transmissão e a sobrecarga dos sistemas de saúde (SPERANDIO *et al.*, 2020)

O fato é que apesar de inúmeras discussões ao longo da pandemia, que vão desde tratamento precoce e medicações sem comprovação científica, a vacinação é a única medida de proteção eficaz para redução de mortes pela covid-19. Isso ficou ainda mais claro depois do estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP) na cidade de Serrana, interior de São Paulo. O estudo, denominado de Projeto S, teve por objetivo vacinar a população em massa com a finalidade avaliar internações e óbitos. A investigação aconteceu entre 14 de fevereiro e 10 de abril através da aplicação da vacina Coronavac, do laboratório Butantã, de forma que a cidade foi dividida em 25 áreas, formando quatro grupos que seguiram a vacinação com o intervalo de uma semana entre cada um deles.

Após a vacinação de cerca de 75% da população, percebeu-se a redução de óbitos e internações. Tais taxas foram expressivas após a segunda semana da segunda dose. Atualmente com mais de 97,9% da população vacinada, é apresentado um índice de 95% de redução em mortes e 86% de redução em internações. Esses resultados são uma sinalização da importância da vacinação em massa no Brasil para diminuir o número de mortes que ultrapassa mais de 1.000 no mês de junho de 2021.

No Brasil, o primeiro caso notificado data de 26 de fevereiro de 2020, tendo até dia 30 de junho² de 2021 18,5 milhões de casos confirmados e cerca de 581 mil mortes registradas pelo Ministério da Saúde. Inicialmente, a testagem não foi realizada em todos os brasileiros, o que pode gerar subnotificações e registros que não corresponderam aos casos diagnosticados, tal fato ocorreu em diferentes municípios do Brasil e que implicou diretamente no aumento dos casos. A ampliação de testes para uma melhor detecção precoce, principalmente dos adultos jovens e sem comorbidade, iniciou apenas no ano de 2021, quando já estávamos vivendo quase um ano na pandemia (BRASIL, 2020).

Quando falamos sobre o Município de Rio das Ostras, na Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro, precisamos listar os acontecimentos decorrentes no percurso de um ano vivenciando a pandemia. Inicialmente, para conter as infecções pela covid-19, o município dispôs de um Centro de Referência, o Pronto Socorro Municipal exclusivamente para referência de casos graves, contando com o aumento no número de leitos de UTI e um Hospital de Campanha ao lado do Pronto Socorro. Além disso, 12 equipes de Saúde da Família para atendimento dos casos leves da covid-19, que realizaram seu trabalho baseados nos protocolos estipulados do Ministério da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS, 2020).

² Optou-se pelo recorte temporal até 30 de junho de 2021, corresponde à semana epidemiológica 25.

Em março de 2020, foi confirmado o primeiro óbito no município, em abril já eram registrados 100 casos confirmados da covid-19 e em maio ocorreram a ampliação dos testes para trabalhadores de saúde, gestantes e sintomáticos. Em junho de 2020, eram cerca de 1000 casos confirmados da covid-19, em julho iniciou o processo de implementação do sistema de bandeiras e no mês de agosto houve a ampliação do monitoramento dos sintomáticos respiratórios (SR) pela AB, ficando a cargo das unidades de saúde da família a responsabilidade da busca ativa e dos casos leves confirmados, em que a unidade é notificada semanalmente para realização do acompanhamento (VIANA; ALVES, 2020).

O mês de novembro de 2020 marcou o registro de 100 óbitos e em dezembro iniciou a testagem para assintomáticos. Passado um ano desde o primeiro caso notificado e confirmado no Município de Rio das Ostras, foi sinalizado oficialmente, por meio dos memorandos, diário oficial e do site do município, o remanejamento do Centro de Referência, onde se deslocou do Centro de Saúde Municipal e agora se encontra implementado em frente ao Pronto Socorro Municipal, no espaço físico onde se realizava atendimento para casos de reabilitação antes da pandemia.

Desta forma, o primeiro acesso para atendimento de casos leves e/ou graves está sendo feito no mesmo local, dentro da porta de entrada do Pronto Socorro Municipal, onde uma enfermeira classifica o caso de acordo com a classificação de risco Manchester e direciona o usuário para ser atendido, seja dentro do próprio Pronto Socorro Municipal, para casos vermelhos, laranjas e amarelos, seja no Centro de Triagem, para casos classificados como verde ou azul. Ou seja, centralizando o acolhimento e o primeiro contato de todo o município em apenas um local. Desta forma, as unidades de saúde da família mostram-se fora do planejamento, enquanto o Pronto Socorro Municipal atende os casos suspeitos, leves e graves da covid-19 de forma centralizadora, e o Centro de Triagem sem possuir uma classificação de risco própria (VIANA; ALVES, 2020; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS, 2021).

Enquanto o Ministério da Saúde recomenda um espaço específico em detrimento do SR que apresenta quadro leve da doença, de maneira complementar a APS, em que é regulamentado pela Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020 condições específicas a depender da população do município, podendo ser do Tipo 1, com até 70.000 habitantes, Tipo 2 de 70.001 habitantes a 300.000 habitantes e Tipo 3 em municípios acima de 300.000 habitantes. Para o Município de Rio das Ostras, classificado como tipo 2, seria necessário dispor de 2 consultórios, 1 sala de acolhimento, 1 ou 2 salas de isolamento e 1 sala de coleta, além dos recursos humanos como:

enfermeiros e médicos 80h/semanais e técnicos ou auxiliares de enfermagem por 120h/semanais, com o Centro de Triagem funcionando no mínimo 8h por dia (BRASIL, 2020).

Em consonância a estas medidas, surge a campanha de vacinação contra a covid-19 no município no início do mês de fevereiro de 2021, de acordo com o calendário do Programa de Imunização. Até 30 de junho de 2021, foram aplicadas 55.804 doses de vacina, sendo destes 5.556 de profissionais de saúde com a 1^o dose e 4.418 com a 2^o dose. Além disto, temos os idosos, os domiciliados, as forças de segurança, gestantes e puérperas, população de rua, trabalhadores da educação, trabalhadores da limpeza urbana. O município dispõe de quatros locais para realizar a vacinação de toda a população, sendo três escolas e uma unidade de Saúde da Família. As vacinas utilizadas são a Coronavac[®], do Instituto Butantã, a Pfizer[®], Biontech[®], Astrazeneca- Fiocruz[®] e a Janssen[®], da Johnson & Johnson[®].

As medidas promovidas pelo município se refletem em alguns dados, como ototal de 31.435 casos suspeitos, 13.255 casos confirmados da covid-19, sendo destes 454 óbitos e 11.189 recuperados até 30 de junho de 2021.

Atualmente, a estrutura física para o manejo da pandemia no município se mantém, porém em relação aos profissionais de saúde houve modificações, principalmente no mês de junho de 2021, quando ocorreu vacância de profissionais atuantes e necessidades de contratos emergenciais para cobrir a demanda, principalmente da AB, onde se mostrou o local com menor presença dos profissionais de saúde.

Provavelmente ocorrerão outras modificações ao longo do ano de 2021 e enquanto perdurar a pandemia da covid-19, a partir do conhecimento sobre a doença, do surgimento de novas pesquisas e da imunização da população, mas o que precisa ser ressaltado é a evolução do que é feito atualmente e do que precisa ser modificado, uma vez que a pandemia ressaltou os desajustes e disfunções presentes em algumas organizações. É necessário o entendimento de que precisa haver um acesso qualificado e resolutivo dos casos da covid-19, principalmente dos casos leves. O objetivo de refletir sobre o processo de atuação e o enfrentamento feito pelo município é trazer melhores resultados e um cuidado ampliado e estruturado em uma pesquisa científica para que o pensamento seja coletivo em um melhor manejo em prol de nossos usuários-cidadãos-guia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Compreender o percurso feito pelo usuário acometido da covid-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras do Estado do Rio de Janeiro.

4.2 Objetivos Específicos:

- a. Descrever uma narrativa de cuidado a partir de um encontro entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado.
- b. Discutir o fluxograma analisador do usuário acometido da covid-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras do Estado do Rio de Janeiro.

5. METODOLOGIA

Este capítulo busca descrever o caminho percorrido e a metodologia para a coleta e análise dos dados.

5.1 Natureza da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, documental e narrativa. Pauta-se em uma narrativa fictícia a partir de experiências vividas pela autora, tendo como referencial teórico a cartografia (ROLNIK, 2014), em que ela acompanhou encontros, processos de trabalho e desdobramentos.

A cartografia atua em um caminhar que trabalha sob uma ação não prescritiva, entretanto, não é uma ação sem direção. Suas metas são traçadas considerando os efeitos de pesquisa sobre o que é estudado. Tal método investiga os processos de produção da subjetividade, levando em consideração que o homem está em constante modificação, sendo a cartografia expressiva quando aborda a realidade social, desta forma, ressignificando seus conceitos a partir do encontro com o outro. Apesar de não possuir um desenho metodológico, possui elementos que validam a cartografia como método e como acesso à experiência concreta (CINTRA *et al.*, 2017; PASSOS; KASTRUP, 2013).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2001), pauta-se no aprofundamento das relações sociais e não em aspectos quantificados, exercendo o trabalho com um universo de significados, valores, crenças e motivos cuja medição não é viável por meio de variáveis. Quando se aborda pesquisa descritiva, entende-se que ela descreve fenômenos ou características, podendo ser realizada por coleta de dados ou por observação sistemática sobre alguma população ou indivíduo (GIL, 2010).

A pesquisa narrativa atua na forma de entendimento das experiências utilizando como metodologia a coleta de histórias acerca de um tema, nas quais o pesquisador encontrará informações para investigar certo fenômeno. As histórias surgem por diversos métodos, por exemplo, entrevistas, diários e notas de campo. Além disso, a pesquisa pode ser construída como análise narrativa, que reúne diferentes eventos para produzir uma história explicativa. O pensar narrativo tem como palavra-chave a experiência (CLANDININ; CONNELLY, 2000; GONÇALVES; NARDI, 2016).

Este método é apropriado, pois articula o espaço tridimensional, composto pela dimensão temporal, nos quais são descritos passado, presente e futuro; pela dimensão relacional, que atua no cunho pessoal e social; e pela dimensão situacional, que descreve o lugar

ou a sequência de lugares onde a experiência ocorreu ou ocorre. Desse modo, a narrativa desta pesquisa surge através do encontro com o outro, tendo como fonte seus registros pessoais, o diário de campo, articulando as vivências e experiências da pesquisadora nos encontros e afetos no decorrer de sua trajetória profissional na ESF (GONÇALVES; NARDI, 2016).

Quando abordamos especificamente o viés metodológico desta pesquisa, a cartografia, consideramos que o pesquisador-cartógrafo esteja imerso na sua pesquisa, espera-se, então, que o Diário de Campo Cartográfico, também chamado de Diário Cartográfico (DC), seja escrito de “dentro” e não “de cima” ou “de fora”, já que os encontros são o seu próprio “método de pesquisa”. Por isso, não há coleta de dados, uma vez que os dados são produzidos em ato (GOMES; MERHY, 2014).

O DC, como instrumento metodológico da pesquisa, tem anotações da pesquisadora no cotidiano de suas relações e encontros dentro dos dispositivos de saúde. Nele foram descritos, ao final do dia de trabalho, todas as percepções e afetos, com início dos registros em outubro de 2019. Para Zaccarelli (2010), o DC “é um documento criado por um indivíduo que mantém ou manteve um registro regular, pessoal e contemporâneo”. Por isso, o diário precisa de quatro pontos comuns: a regularidade do registro; ser pessoal; ser contemporâneo, ou seja, próximo ou no momento do evento/atividade e ser um registro propriamente dito, documentando o que o indivíduo considera importante. Para Slomp Junior (2020), o DC é um material empírico, com multilínguas, multivozes e multitempos, que trata de uma narrativa coletiva das afetabilidades, sendo esta singular-coletiva e produzida a partir dos encontros.

O cartógrafo se depara com mundos que refletem como dados, existindo a possibilidade, além disso, de outros emergirem devido à pesquisa. Sua atuação é o “entre”. O pesquisador, enquanto cartógrafo, por vezes, lança mão de instrumentos clássicos de “coleta de dados” e mergulha no que Barros e Kastrup (2009) chamam da “produção de dados”, que são discutidos pela busca dos processos de subjetivação em andamento, em que a experiência versus conhecimento não é imutável ou padronizada.

Quando discutimos “etapas da pesquisa” e todo seu modelo teórico nas pesquisas convencionais, as etapas são descritas como, por exemplo, registro, coleta e análise de dados, mas, quando o debate é no campo cartográfico, refletimos que nem sempre se aplica determinado tempo e etapas para tais colocações, já que não existe um momento definido de passagem entre elas. O que é registrado no DC se compõe em camadas, que ao se sobrepor, geram novas escrituras em uma atemporalidade, logo, a “análise de dados” inicia-se desde o primeiro momento e não se finda nas primeiras publicações, sendo um processo mútuo (SLOMP JUNIOR, 2020).

5.2 Cenário e Participantes da Pesquisa

O cenário da pesquisa deste trabalho foi o Município de Rio das Ostras, localizado na Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. As informações coletadas para esta pesquisa são dadas pelo DC, já que os dados são produzidos em ato (GOMES; MERHY, 2014). Inicialmente, foi realizado um resgate dos registros e descrito uma narrativa fictícia a partir do DC, que tem como característica o registro da afetabilidade de caráter intuitivo, sendo um processo de atualização “da virtualidade vivida no campo, uma presentificação permanente deste “passado” (SLOMP, 2020).

Esta dissertação expõe uma narrativa fictícia, citando todos os elementos que contribuíram para a construção da situação até chegar ao momento do dilema. O caso se desenvolve pela construção do conhecimento a partir da vivência de experiências específicas e significativas, apoiada nos processos de aprendizagem por descobertas, nos quais os conteúdos são oferecidos por meio de problemas (GRAHAM, 2010).

Os participantes da pesquisa foram uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma médica e duas ACS, todos componentes de uma equipe de saúde da família, além da inclusão e acesso a dois prontuários selecionados aleatoriamente de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

5.3 Coleta de dados: Instrumentos e Ferramentas Utilizadas

Foram selecionados prontuários de forma aleatória, por meio de sorteios, dentro dos critérios de inclusão a fim de identificar o percurso do usuário na busca pelo seu atendimento de acordo com o registro dos profissionais de saúde. O acesso a esses prontuários teve por objetivo fortalecer e acrescentar na construção da narrativa fictícia, respeitando o sigilo dos usuários. Como critérios de inclusão, consideramos: prontuários de usuários maiores de 18 anos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde com suspeita da covid-19 e/ou síndrome gripal. Como critério de exclusão: prontuários de menores de 18 anos ou maiores de 18 anos sem suspeita da covid-19 e/ou síndrome gripal, assim como prontuários incompletos que não permitam identificar o motivo do atendimento. A coleta desses dados foi realizada por meio de um instrumento de coleta de dados de prontuário (Apêndice A) para melhor visualização das informações descritas.

Ou seja, a pesquisa teve por base o material empírico do DC da pesquisadora e o acesso aos prontuários da unidade de saúde, sendo um risco a identificação da unidade pesquisada, assim como expostas as informações confidenciais dos usuários-cidadãos-guia. Como forma de minimizar os riscos, foi assegurada a confidencialidade e a manutenção do sigilo da identidade dos usuários, profissionais e unidades de saúde da família. Também foi consentida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) por parte dos usuários que permitiram o acesso aos prontuários, sendo que destes dois permitiram o acesso. Além disso, o TCLE foi entregue a cada profissional de saúde participante da pesquisa para seu consento e participação. Os resultados poderão beneficiar diretamente tanto os profissionais que atuam no Município de Rio das Ostras quanto os usuários do serviço, visto que se espera elucidar fatores que contribuam para o desenvolvimento qualificado da APS e que influencie no processo de trabalho das unidades.

5.4 Processamento do Campo

Com a leitura e reflexão por parte da autora do DC e com os prontuários selecionados, a pesquisadora construiu uma narrativa fictícia para discutir problemas levantados e identificados de acordo com a sua afetabilidade. A construção desta narrativa foi a partir de cinco narrativas reais que juntas gerou a narrativa proposta pela autora. A pesquisadora entrou em contato com a enfermeira de uma equipe de saúde da família com o objetivo de levar essa narrativa para debate de forma coletiva, em que é pactuado separar um turno, o das reuniões de equipe, para gerar essa “coleta de dados”. A narrativa foi apresentada para essa equipe da ESF no dia marcado. A pesquisadora compareceu na sala onde é feita a reunião e esclareceu todo o processo proposto. Como forma metodológica, a pesquisadora dividiu esse momento em três partes: leitura e debate da narrativa fictícia, construção do fluxograma analisador e discussão das barreiras encontradas. Todo esse processo iniciou-se com a assinatura do TCLE por parte da equipe, orientando sobre quaisquer riscos de exposição e a possibilidade de interromperem a participação a qualquer momento.

Nessa reunião, foram feitos debates acerca da narrativa fictícia, criado o FA de forma coletiva, com a finalidade de entender o percurso que o protagonista da narrativa trilhou dentro da ESF. Além disso, houve o debate do FA procurando elencar o caminho e as barreiras encontradas, trazendo reflexões sobre o percurso do usuário-cidadão-guia (FRANCO; MERHY, 2003).

Para a avaliação dos dados, foram levantadas leituras e desmembramentos no DC, entendendo que no percurso cartográfico, o material empírico não sofre uma “avaliação” ao final da pesquisa, trata-se de um modo não interpretativo e processual (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

5.5 Procedimentos Éticos da Pesquisa

Considerando os aspectos éticos desta pesquisa, ela foi realizada de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução nº 580 do Conselho Nacional de Saúde. Informo que esse projeto de pesquisa está vinculado à pesquisa Enfrentamento da covid-19 na Região Norte Fluminense e Baixada Litorânea: ações, perspectivas e impactos, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus UFRJ-Macaé, CAAE nº 32186520.7.0000.5699, em 09/06/2020. Como forma de assegurar os princípios éticos desta pesquisa, ela foi também submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovada no CAAE nº 40700120.0.0000.5699 (Anexo A).

Todos os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e mantidos arquivados por cinco anos após o término da mesma. Durante a coleta de dados do prontuário e o contato com a equipe de saúde da família, foi assegurado sigilo da identidade, assim como a sinalização de uma posterior apresentação dos dados em eventos científicos. Cada participante tomou a decisão por si só para participar da pesquisa, não tendo nenhum mal-estar na coleta de dados, tanto em relação aos prontuários quanto à equipe de saúde.

6. RESULTADOS

Para a articulação dos resultados da pesquisa reunimos o DC da pesquisadora repleta de experiências vivenciadas e a análise dos dois prontuários selecionados. A partir disso, foi escrito o encontro de Genivaldo em formato de narrativa. Os resultados apresentados nessa dissertação foram organizados da seguinte maneira: “O diário cartográfico de uma aprendiz em tempos de pandemia”; “Os encontros com Genivaldo” e “O fluxograma analisador do usuário-cidadão-guia Genivaldo”.

6.1 O Diário Cartográfico de uma Aprendiz em Tempos de Pandemia

Senti a necessidade do compartilhamento do meu DC nesta pesquisa, já que parte desse material me levou a escrever uma narrativa fictícia a partir dos encontros que tive ao longo dessa pandemia. Encontros na ESF, encontros no hospital e encontros que tive comigo mesma quando adoeci pela covid-19. Alguns desses fragmentos retratam, em grande parte, o turbilhão de afetos vivenciados.

Deparei-me com alguns usuários neste tempo de pandemia necessitando de orientação, acolhimento e atendimento. Lembro do primeiro caso de uma usuária SR na ESF em abril de 2020.

“Parece que essa doença chegou aqui. O olhar dela expressa pavor. Não quis sentar na cadeira com medo de me passar algo”.

(Diário Cartográfico da Pesquisadora, abril, 2020).

Lembro-me de sempre olhar para os usuários em busca de atendimento e ver sempre o mesmo olhar, um misto de medo, pavor e dúvidas, muitas dúvidas. No final daquele mês de abril, fui infectada, lembro uma cefaleia constante, tosse e mialgia, quando sinalizei que não estava bem para trabalhar. Neste momento, tive a sensação de ver com os mesmos olhos dos meus usuários: o medo e a angústia foram dilacerantes, principalmente após o 4º dia de sintoma quando perdi o olfato e paladar e percebi o quanto era difícil também ser usuária nesta pandemia.

“Será que meus usuários sentem esse mesmo medo que eu? Preciso tranquilizar cada um quando eu voltar”.

(Diário Cartográfico da pesquisadora, abril, 2020).

Em maio, já recuperada, deparo-me com uma unidade diferente, houve uma diminuição dos atendimentos, foi sinalizado que deveríamos diminuir o número de pessoas circulando e que teríamos um Centro de Referência para triagem dos SR.

“Os casos leves vão ser todos atendidos em apenas um lugar? Não receberemos mais nenhum caso aqui? As pessoas vão cruzar a cidade até chegar no centro? Elas vão andar de van expondo quem não está adoecido?”

(Diário Cartográfico da Pesquisadora, maio, 2020).

Fiquei cerca de dois meses sem escrever no DC, tempo que o contato com os SR era mínimo. De certa forma, parte de mim não aceitava que as unidades de Saúde da Família não eram portas de entrada para esses casos da covid-19. Retomo a escrita somente no mês de agosto, quando nos é orientado realizar busca ativa. Foi o momento em que pude ver o caminho que aquele cidadão percorreu em busca de atendimento, sendo que na maioria das vezes se resumia à chegada no Centro de Referência; testagem quando era indicado; isolamento domiciliar e busca ativa por parte da ESF.

Em setembro, faço o seguinte apontamento:

“A maioria da busca ativa feita hoje poderia ter sido resolvida se eles pudessem vir aqui. Por que não foi separada uma equipe responsável por acolher esses casos, cada uma em um dia? Não iria sobrecarregar o Centro de Triagem e a circulação deles seria menor”.

(Diário Cartográfico da Pesquisadora, setembro, 2020).

Talvez essa tenha sido uma das pautas que me gerou desconforto no ano de 2020. O que para mim parecia tão óbvio e claro, para outros não. Abordei isso de forma não formal com duas enfermeiras, algumas técnicas de enfermagem, mas só ouvi barreiras e justificativas que reforçaram que o melhor era apenas realizar as buscas ativas, mesmo sendo possível que os casos leves pudessem ser manejados ali mesmo.

Neste tempo, debrucei-me na busca ativa, às vezes pedia para o usuário comparecer na unidade para uma reavaliação. Por duas ou três vezes, precisaram sair de ambulância devido à gravidade. Quatro perdas foram computadas em minha equipe: três foram acompanhadas de perto e foi feito o que estava a meu alcance, mas sempre bate um ponto de dúvida, inclusive o questionamento da minha própria prática.

“A ACS me sinalizou que a Dona Marli³ faleceu. Ela estava bem há 5 dias atrás. Será que eu fiz uma boa avaliação? Os sinais vitais estavam bons. Se eu tivesse feito o encaminhamento para o hospital, ela teria sobrevivido? Mas não tinha indicação. Meu Deus, eu estou angustiada”.

(Diário Cartográfico da Pesquisadora, novembro, 2020).

Novamente me veio um bloqueio sobre escrever sobre qualquer situação, inclusive esta dissertação. Então precisei respirar um pouco. Nesse momento de pausa, ocorre o meu remanejamento. Recebo uma ligação e fico sabendo da vacância de enfermeiro no Pronto Socorro Municipal e no Centro de Triagem, já que parte dos enfermeiros alocados tiveram seus contratos finalizados e não renovados, e uma outra parte pediu rescisão devido ao acúmulo de trabalho, ou seja, sairia da ESF por um tempo para dar um suporte no Pronto Socorro Municipal. Lembro-me de pensar que essa sobrecarga poderia ter sido evitada, mas não escrevi sobre isso naquele momento.

Neste mesmo período, recebemos a notificação que o Centro de Triagem, referência para casos leves, foi deslocado até o antigo Centro de Reabilitação, um espaço que é exatamente em frente ao Pronto Socorro Municipal. No memorando, dizia que o atendimento dos casos seriam todos centralizados ali e uma enfermeira ficaria na recepção do Pronto Socorro Municipal classificando os usuários, tanto os casos leves quanto os casos graves. Após isso, um técnico de enfermagem iria separar as fichas: aqueles classificados em verde e azul seriam atendidos pelo médico do Centro de Triagem, agora disponível neste espaço em frente ao Pronto Socorro, e os demais usuários classificados como amarelo, laranja e vermelho, seriam atendidos imediatamente no Pronto Socorro.

Confesso que demorei a compreender esse fluxo imposto e isso me deixou inquieta, pois centralizou ainda mais o que estava centralizado. Aceitei o remanejamento sem questionar, mas uma parte de mim queria visualizar a assistência e a ultravalorização da atenção terciária que estava sendo imposta. Por outro lado, foi doloroso “sair” da minha equipe e ver que as outras enfermeiras iriam se dividir para dar conta até meu retorno ou até a chegada de uma nova enfermeira.

Levei o DC comigo, pois quis escrever minhas experiências nesse novo ambiente. Meu primeiro relato após ficar 8h na unidade hospitalar foi:

³ Nome fictício.

“Oito horas no hospital hoje, como imaginei, a maioria dos casos que classifiquei foram verde e azul. Saindo do primeiro atendimento médico a pessoa ainda terá que agendar o teste rápido ou o *swab*”.

(Diário Cartográfico da Pesquisadora, março, 2021).

É abril de 2021, perto de completar um ano do meu primeiro contato com um usuário SR da covid-19. Olho para trás e vejo mais perguntas que respostas. Ainda estou nessa de intercalar entre o Pronto Socorro e o Centro de Triage.

Retorno a minha escrita em maio de 2021. Sinalizo meu retorno juntamente com o momento quando sou reinserta na ESF. Alguns movimentos ocorrem com a diminuição dos casos de SRAG, como a vacância de enfermeiros, só que agora na ESF. Apesar de atuar em uma unidade que contém três equipes de saúde da família, há somente duas enfermeiras e dois profissionais médicos. Dentro dessa movimentação, com o retorno ao espaço onde me sinto confortável para atuar, não me deparo com nenhum caso da covid-19. Ao que parece, a população foi orientada a ir diretamente ao Centro de Triage, tenho a percepção que foram “ensinadas” a isso.

Chego perto da minha defesa de Mestrado, mas poderia, talvez, nunca encerrar minha escrita sobre cada afetação no cotidiano dos meus encontros como enfermeira na ESF, entretanto, hoje finalizo neste documento formal. Como será esse percurso após o encerramento da minha dissertação? Ocorrerá mais algum aumento de casos da covid-19 e o remanejamento dos profissionais? Continuarei na ESF ou vou precisar dar suporte em outro setor? São as perguntas que mais acompanharam meus pensamentos nas últimas semanas.

Seguimos assim, com perguntas a serem respondidas e com caminhos a serem trilhados. Como diria Carlos Drummond de Andrade⁴:

“Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra”.

⁴ Trecho do poema “No meio do caminho”, de Carlos Drummond de Andrade, publicado, em 1928, na **Revista de Antropofagia**.

6.2 Os Encontros do Usuário-Cidadão-Guia Genivaldo

Com a finalidade de entender o caminho trilhado pelos usuários na ESF do Município de Rio das Ostras durante a pandemia de covid-19, reúno os prontuários selecionados, minhas experiências, meu DC e descrevo uma narrativa fictícia com a finalidade de compreender o percurso realizado pelo usuário acometido de covid-19, as barreiras que encontra e os “fluxos” que ele se depara no caminhar.

E é, por isso, que eu apresentei Genivaldo no início desta dissertação. Ele é um pouco de cada usuário-cidadão-guia que eu encontrei nesse período de pandemia, que me auxiliou a perceber a necessidade de pontuar algumas questões levantadas nesta narrativa fictícia. Genivaldo acessou a ESF por ser familiarizado, possui vínculo com as pessoas que trabalham na unidade e a ESF faz parte do seu trajeto de trabalho.

No momento quando Genivaldo acessa a ESF em busca de atendimento, sendo recepcionado pela ACS, que pontua uma crítica quando me passa o caso, é exposto um incômodo por vê-lo ali, com a justificativa de que a unidade não é o espaço recomendado para receber casos da covid-19. Mas o que seria um local apropriado para receber casos da covid-19 senão a própria ESF? Será a inadequação da estrutura física? O conhecimento científico e técnico sobre a doença? O fato é que em sua maioria, ainda mais no início da pandemia quando as unidades de Saúde da Família eram mais procuradas no Município de Rio das Ostras, as principais demandas eram relacionadas ao esclarecimento de dúvidas sobre a covid-19 e um primeiro acolhimento.

Assim, acolhi Genivaldo e realizei sua triagem percebendo que o vínculo criado por ele com a unidade o levou ao primeiro contato conosco. Isso me levou a pensar em sua história de vida, no conhecimento que tínhamos sobre sua família, mas também sobre suas vulnerabilidades, principalmente econômicas e financeiras e sobre o custo que ele teria em se deslocar até o centro da cidade, caso a unidade ali não existisse, mesmo sabendo que de certa forma ele precisará resolver suas demandas em mais de um lugar e que o deslocamento é inevitável. A história de Genivaldo sempre me remeteu a dos meus avós maternos pela imigração até o estado do Rio de Janeiro, o que de certa forma me fez olhá-lo diferente em algum momento e lembrar com mais detalhes a história de vida que eu já conhecia pela sua narrativa.

Apesar de conhecer sua trajetória, trouxe, para o momento da triagem, orientações e falas que confrontam a realidade vivida por Genivaldo. Antes que ele expressasse qualquer palavra, percebi em seu olhar que nada do que eu falei seria feito. Por que será que nós,

profissionais de saúde, insistimos em orientar nossos usuários-cidadãos-guia sem considerar sua realidade e sua demanda no momento do acolhimento? Será que já “nascemos” assim de nossas graduações? O que fazemos quando o olhar do nosso usuário-cidadão-guia expressa distância sobre o que é falado e o que será feito? Será que mudamos o falar ou prosseguimos? Será que entendemos que o usuário cidadão-guia é gestor do seu próprio cuidado? Naquele momento, eu mudei, deixei o senhor Genivaldo livre para se expressar. Mas quantos “Genivaldos” nos deparamos e de certa forma os deixamos silenciados?

Deparo-me com a voz do Genivaldo ecoando pelo corredor, sinalizando que precisará ir até a farmácia no centro da cidade para buscar a medicação prescrita e depois no Centro de Triagem para realizar a testagem, o que gera uma barreira, pois o deslocamento em dois espaços diferentes é um complicador para o seu estado de saúde. Isso sem falar do risco de contaminação de outras pessoas, principalmente através do transporte público, já que é o meio mais acessível para Genivaldo, levando em consideração que ele precisa pegar duas vans e/ou ônibus, pois o Centro de Triagem também fica longe da única farmácia municipal aberta para dispensar medicações.

Mesmo Genivaldo partindo da ESF e resolvendo suas demandas em outros locais, fica a pergunta: "Não poderia ter sido feito tudo aqui?". Apesar da minha sinalização informal, nas conversas entre a equipe e todos concordando com a minha fala sobre essa possibilidade, ainda existe um certo conformismo de que se é assim, é assim. Com a sinalização de que tudo ficará bem, no fundo, há dúvidas se realmente ficará.

Não obstante, é realizada busca ativa do senhor Genivaldo, tornando o contato por telefone e pelo aplicativo *Whatsapp* importantes meios de comunicação nos tempos de pandemia, porém nem sempre temos sucesso, seja por alguma barreira na rede de internet e ligações seja pela ausência de retorno do usuário-cidadão-guia e/ou da sua família. Para complementar essa busca ativa, é feita a tradicional visita domiciliar, agora um pouco mais restrita, com distanciamento e a depender da demanda, feita somente ao ar livre, sem entrar na casa do usuário.

Não conseguimos contato com Genivaldo após dois dias de sua ida até a ESF, mas, no quarto dia após os sintomas, ele retorna. Está instável, visivelmente fragilizado e com alterações importantes nos sinais vitais. Ele fica em uma das salas da ESF com sua esposa enquanto chamo a médica para reavaliação. Acontece o que já era esperado dado o seu estado físico: é necessário encaminhá-lo para o hospital. Os encaminhamentos feitos da ESF para rede hospitalar ocorrem por meio do contato com a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), disponibilizada pela rede, mas o número de ambulâncias é reduzido e o tempo de espera é

sempre alto, pois com a pandemia e a necessidade de higienização após o uso de cada usuário, a espera acaba sendo maior que o de costume, o que é preocupante, já que a covid-19 leva a um quadro dispneico e um desestabilização rápida a depender do caso.

Após a ida de Genivaldo para ambiente hospitalar, tivemos a notícia de sua internação e seu quadro inicial, mas os demais pareceres sobre o seu quadro sempre foram superficiais e a contrarreferência é deficiente, não sendo falado com detalhes sobre o caso, a não ser que a equipe da ESF vá até o local de sua internação para buscar mais detalhes. Por sua vez, a família de Genivaldo recebe a informação do seu quadro clínico uma vez ao dia, por telefone, o que deixa os familiares sempre apreensivos, visto que ter notícias de alguém que você ama uma vez é doloroso, angustiante e até mesmo sombrio.

Passados quinze dias que o senhor Genivaldo é internado e intubado, recebemos a notícia do seu óbito. Era um sábado à noite, fora do horário de trabalho, o grupo de mensagens do *Whatsapp* traz essa informação pela ACS. Não há como não pensar automaticamente sobre nosso processo de trabalho, sobre o que poderia ter sido feito pela equipe ou o que deixamos a desejar. Com o senhor Genivaldo nada mais poderia ser feito, ele se foi, mas deixou uma família que precisa dele financeiramente e emocionalmente.

Foram alguns “Genivaldos” durante essa pandemia, alguns recuperados e em casa, outros com sequelas, precisando ser reabilitados, e alguns que partiram. O fato é que essa narrativa vai ao encontro dos profissionais de saúde que trabalharam e trabalham na linha de frente e das famílias acometidas pela covid-19. O que sempre fica são os questionamentos e as perguntas durante os encontros com nossos usuários-cidadãos-guias, perguntas nem sempre respondidas, mas sempre carregadas de afetações.

6.3 O Fluxograma Analisador do Usuário-Cidadão-Guia Genivaldo

Como forma de amplificação dessa narrativa fictícia, percebo o quanto seria rico discutir o caso do Genivaldo com uma equipe de Saúde da Família. Por isso, em um início de tarde, compareço a uma unidade de saúde da família no Município de Rio das Ostras para a discussão do meu relato de encontro e construção do FA. Primeiramente, realizei um agendamento prévio com a enfermeira da equipe para pactuar um dia e horário adequado para esta atividade. No local, reúno com a técnica de enfermagem, a enfermeira, a médica e duas ACS. A construção deu-se de maneira coletiva, abrangendo o olhar de cada profissional de saúde, suas percepções

e expectativas no campo de trabalho. Então sinalizo que a atividade será desenvolvida em três etapas.

Na primeira etapa, apresento o “Relato do Encontro” e peço que sinalizem sobre o que acharam dessa narrativa fictícia. Na segunda etapa, explico sobre a ferramenta que será utilizada, o FA, e sobre sua aplicação nos encontros e na narrativa em si, ajudando na construção. Já na terceira etapa, conversamos sobre o FA feito e discutimos as barreiras encontradas.

Neste primeiro contato, percebo que o grupo se mostra solícito em participar, mesmo com o atraso devido à demanda da unidade de saúde, iniciamos a atividade. Fiz a minha apresentação pessoal, apresentei o TCLE, solicitei que fossem assinados e expliquei um pouco sobre esta dissertação, assim como o objetivo da atividade. Depois, li a narrativa e perguntei o que acharam:

— Eu achei esse caso bem comovente... muito triste saber que ele acabou falecendo, assim como muitos por aí.— (Técnica de enfermagem)

— Foi bem forte os detalhes na história, né? A história parece de verdade, me lembrou até um rapaz da área. —(Agente Comunitária de Saúde 1)

No segundo momento, faço uma breve exposição e explico sobre a ferramenta que será utilizada, o FA, e sobre sua aplicação nos encontros e na narrativa. Ao perceber que surgem dúvidas sobre como iniciar a construção, foi feito o FA em um papel de ofício A4 e no final representamos de forma aumentada em um papel pardo.

— Acho melhor cada um reler o parágrafo e outra pessoa desenhar na folha... depois passar a limpo — sugeriu uma das ACS.

Com a terceira etapa, percebem-se pautas levantadas pela equipe, inclusive sendo comparadas a outros casos clínicos que surgiram na unidade. Desta forma, foi finalizado o FA em equipe com o seguinte esquema:

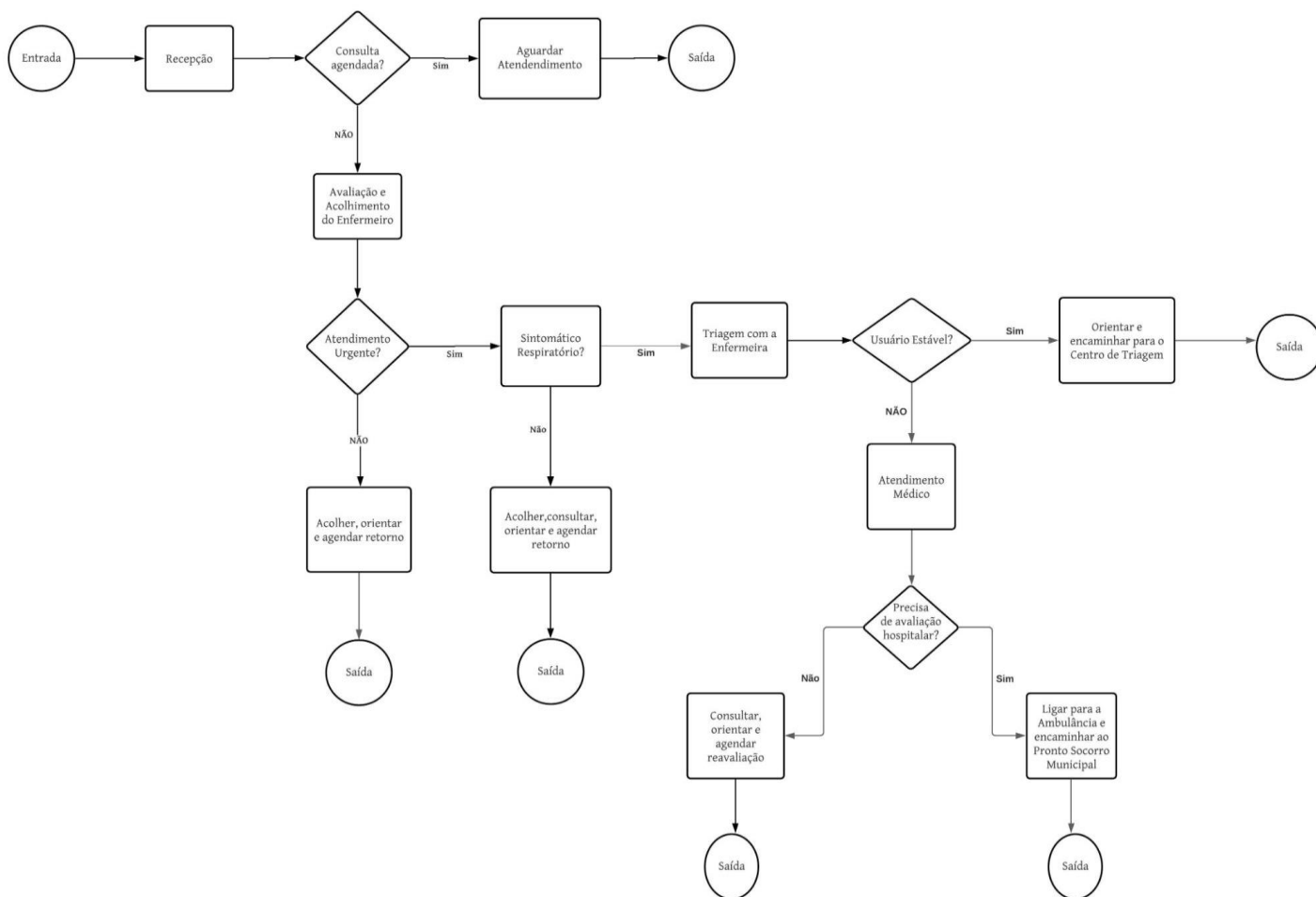


Figura 1 - O percurso do cidadão-usuário-guia Genivaldo na Estratégia de Saúde da Família no Município de Rio das Ostras, RJ.

Ao entrarmos na terceira etapa, percebi a surpresa ao avaliar o “desenho”, agora repassado de maneira ampla para o papel pardo, uma vez que o FA no coletivo causou representações no grupo, visto que ficaram estarecidos sobre o formato.

— Olha — segurando o papel pardo — ficou bonito, conseguimos fazer direitinho para onde Genivaldo foi. (Enfermeira)

— Oxi, acho que deve ter algo de errado, né, não? Só tem porta de saída nesse papel, olhem bem. (Agente Comunitária de Saúde 2)

Questionei a equipe e pedi que falassem sobre o FA feito a partir da narrativa. Se de fato, aquilo representado no papel teria feito sentido. Como forma de nortear, fiz a seguinte pergunta: Qual foi o caminho que Genivaldo fez?

— Até que não foi ruim... porque olha — faz uma pausa — Vamos supor que isso seja aqui no município, ele tinha que ir direto pro Centro de Referência, se tem todos os sintomas da Covid, vai direto que é mais rápido. A gente tenta até ajudar, mas se fosse direito, não sofreria tanto.— (Agente Comunitária de Saúde 1)

— Se a discussão é o caminho feito, é só olhar direitinho pra ver que ele passou pela recepção, depois pela enfermagem e depois pela médica. Eu já falei que a recepção não é acolhimento... elas sabem — aponta para a equipe — Igual aqui, tem que mudar esse fluxo, muita gente passa pra ser atendido quando nem agendado está e quem precisa ser visto logo, não é visto bem. Além disso, a UPA manda muita gente pra cá. Se você me dissesse que isso é narrativa real, eu iria acreditar— (Médica)

— O caminho do Genivaldo complicou porque não teve busca ativa. Por que a busca não foi feita antes? Aí sim o atendimento seria mais rápido. Por isso que o centro de triagem é melhor nesses casos, ele já vai direito lá e resolve tudo por lá. (Enfermeira)

— O que foi ruim para o Genivaldo é ter retornado para a ESF. Se ele estivesse bem, tudo bem, mas se piorar, tem que ir direto pro hospital. Aqui não tem estrutura pra isso. — (Agente Comunitária de Saúde 2)

A maior parte das falas, principalmente em detrimento dessa pergunta, girava em torno da demora no atendimento e sobre o olhar da equipe em manter centros de referência, já que há uma crença entre eles que a unidade de saúde da família não daria conta dos SR, principalmente pela estrutura física e falta de profissionais.

Com o objetivo de articular alguns conceitos, explico que a ida de Genivaldo até a ESF parte do que é preconizado pelo SUS, pois a APS atua como porta de entrada preferencial. Sugiro, então, que fosse pensado a partir do FA: Quais as barreiras encontradas que impedem o atendimento na ESF? Faço essa pergunta como forma de entender o que a equipe pensa sobre o atendimento de SR neste espaço, já que foi visível o desconforto coletivo gerado. Nesta

perspectiva, foram sinalizadas pela equipe, por meio do FA, o excesso das elipses de saídas, ausência da farmácia na unidade e a busca ativa sem sucesso.

— Isso que você falou é legal, a gente foca tanto nos centros de referência da cidade que acaba esquecendo do que a política fala... Só que é aquilo, não conseguimos dar conta de tudo... e também um sintomático respiratório aqui precisa ir para um lugar isolado, a sala tem que passar por uma sanitização depois, se for receber todo mundo, o local tem que ser isolado. Mas é aquilo, olhando para o fluxograma analisador, tem muita opção de saída justamente por não ter suporte nas unidades, como por exemplo, coletar o *swab*, aqui ficaria difícil. (Enfermeira).

— Eu já trabalhei em uma unidade que tinha farmácia, na área rural, nesses casos precisam mais... Não que em outros locais não precisem, mas por não ter farmacêuticos ou auxiliares de farmácia suficientes, algumas unidades não conseguem manter a farmácia ativa, aí são deslocados para a Farmácia Municipal, todo mundo que precisa vai em um único local. (Médica)

— Eu vou dar o exemplo de como é a busca ativa dos pacientes covid... A enfermeira recebe um memorando igual esse aqui toda a semana - aponta para o papel - tem o nome da pessoa, o endereço e o telefone, ela nos repassa e vamos até a casa saber como a pessoa está e se precisa de algo... Esse papel tem o nome de quem foi no centro de triagem e foi notificado, mas isso é pra quem está de quarentena em casa... dos nossos assistidos que internam, não sabemos. Seria mais rápida a busca se todo mundo recebesse o papel (memorando) na mesma hora. (Agente Comunitária de Saúde 2)

Grande parte da discussão acerca do FA foi neste segundo momento, pois aqui foram listados os principais anseios da equipe frente aos usuários SR e como a ESF, pelo olhar deles, apresentam ou não barreiras que dificultam (ou facilitam) o atendimento. Apesar de serem feitos diferentes apontamentos, as principais foram “Excesso de Elipses de saída, Ausência de Farmácia na unidade e Busca ativa sem sucesso”. Ficou claro que as elipses de saída foram entendidas pela equipe como a ausência de resolutividade dentro da ESF. Além disso, a necessidade de encaminhamento sempre que possível, reforçado pelo grupo de que o Centro de Triagem é uma opção viável para o município.

Ademais, a ausência da assistência farmacêutica no local, proposta na narrativa, gerou debates sobre a vacância dos profissionais de saúde na rede, não apenas dos auxiliares de

farmácia e farmacêuticos, mas também categorias como enfermeiros e profissionais médicos, inclusive na própria ESF, visto que no momento da pesquisa o município passava por uma transição de exoneração e contratação de novos profissionais. Além disso, o debate sobre a busca ativa amplificou com a retomada de alguns casos reais que as ACS trouxeram como forma de sinalizar que a contrarreferência semanal vinda do Centro de Triagem gerava um espaço de tempo grande e seria viável medidas mais ágeis, já que por vezes chegavam na casa e os usuários estavam saindo de quarentena ou estariam hospitalizados. Foi apontado que o memorando é sinalizado apenas entre a gerência e o enfermeiro, só depois que eles são sinalizados sobre os casos da sua área de abrangência.

Como forma de finalizar o debate, tentei aproximar Genivaldo da equipe e faço a seguinte pergunta: _Se o Genivaldo fosse um usuário real, o que a equipe poderia fazer para evitar a peregrinação e sofrimento? Percebo que ao usar a aproximação e colocar Genivaldo como usuário da equipe, há afetações e vontade de manejar de maneira diferente.

— Sendo da minha equipe e passando por isso, certamente iria ficar muito decepcionada. Eu sei que você na narrativa fez o que pôde, e ainda assim não foi suficiente. Acredito que algumas coisas, trazendo esse caso pra cá, podem ser modificadas se juntar todos, mas todo mundo mesmo, em reunião e discutir alguns planejamentos adequados. (Enfermeira)

— Penso que teríamos que ser mais objetivos nos atendimentos, até porque a morte de um usuário e alguns problemas, como a ausência de uma busca ativa qualificada configura um erro. A perda de alguém mostra essa mudança urgente no manejo dos pacientes. –(Médica)

— Talvez o teste rápido de *swab*, igual aqueles de farmácia, feito aqui, evitaria ele ir até o Centro de Triagem, já seria um adiantamento, igual uma farmácia aqui, mas é aquilo, quanto mais tempo aqui, mais exposto a gente e os outros usuários estariam. E outra, mais coisa para fazer e não tem braço para isso.– (Técnica de enfermagem)

Apesar da equipe identificar que o manejo adequado está relacionado à resolutividade, as falas são focadas no encaminhamento imediato ao ambiente hospitalar para o manejo do cuidado. Mesmo após a citação da técnica de enfermagem a respeito da descentralização da coleta de *swab* e uma farmácia funcionando na unidade, ocorreu uma concordância coletiva da necessidade de dias específicos para a coleta do *swab*, por exemplo, já que a demanda na unidade é alta e uma nova “função” comprometeria as demais. Percebi que essa aproximação de Genivaldo com a equipe trouxe a ampliação do cuidado a partir do planejamento de outras

ações e até mesmo de serviços de saúde. Ou seja, o que parecia ser distante nas outras falas, mostra-se perto, com sinalizações do processo de trabalho vigente.

Encerro o encontro esclarecendo a equipe que não há uma resposta certa ou errada sobre o FA, mas que o objetivo é refletir o processo de trabalho para gerar mudanças, tendo o usuário-cidadão-guia como protagonista. Ressalto, para fins desta pesquisa, que as perguntas feitas com a equipe emergiram no momento do encontro com os profissionais de saúde a partir da reflexão gerada ao discutir o FA.

7. DISCUSSÃO

Este capítulo discute as categorias emergidas a partir dos resultados, sendo eles: “O caminho percorrido pelo usuário-cidadão-guia” e “A Produção dos dados no “entre” e no “ato””.

7.1 O Caminho Percorrido Pelo Usuário-Cidadão-Guia

Para discutir o caminho percorrido por Genivaldo, reúno minha narrativa fictícia, meu DC e as afetações ao longo da construção desta dissertação. É necessário compreender o que a literatura científica carrega sobre cada ponto que vivenciei e que me levaram a construir essa narrativa fictícia, que não é pautada em “achismos”, mas nas afetações.

É por isso, que durante certo tempo, pensei no caminho que Genivaldo trilhou naquele dia. O encontro dele comigo, o encontro dele com outros profissionais da equipe e o encontro dele consigo mesmo. É no encontro que surgem os afetos (MERHY, 2004). Genivaldo afetou e foi afetado, o mesmo que antes passava apenas para descansar e beber um copo de água, já que a ESF é caminho do seu trabalho, nesse dia chega em busca de atendimento.

Isso nos leva a pensar qual seria o motivo que levou Genivaldo até aquele local, podendo-se pensar na familiaridade que ele tinha, pela proximidade de sua residência ou que os atendimentos necessários sairiam desse espaço, a ESF. Inicialmente, pensa-se no vínculo formado entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado. Ao mergulhar nas publicações que trazem a temática o vínculo em saúde coletiva, percebe-se a estranheza conceitual deferida.

Apesar da temática ser discutida de maneira massiva e repetitiva em diferentes publicações, ela não é formada por conceitos sólidos, por vezes, é abordada de forma reducionista, com pobreza e sem amplos debates. Para a PNAB (2012), o vínculo é um dispositivo da APS relacionado à construção de confiança gerada entre equipe de saúde e usuário do sistema, citando que é a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21).

Para Barbosa e Bosi (2017) que amplificaram um debate a respeito desta vertente, há uma necessidade de definições que não reduzam o vínculo a relações de confiança. Em sua pesquisa, é discutido o vínculo a partir de duas revisões de literatura, uma que aponta para questões biológicas e tecnicistas especificando que o vínculo é necessário para adesão do tratamento (SCHIMITH *et al.*, 2011), e a segunda que aponta o vínculo como a relação entre

profissionais de saúde e usuários (BRUNELLO *et al.*, 2010). Além disso, estes autores problematizam o conceito vínculo como ferramenta relacional, como espécie de amálgama semântico, como sinônimo de confiança e um “quase-tudo” - o vínculo como condição para exercício de diferentes investigações e justificativas dentro da APS, finalizando que é uma área de lacuna que precisa ser preenchida, apesar de ser nebulosa, não significa a não existência.

Quando abordado o usuário-cidadão-guia Genivaldo, pensamos de imediato que o vínculo foi um fator relevante para a busca do seu atendimento, apesar de diferentes vertentes e conceitos já apresentadas neste trabalho, ficou configurado o vínculo como uma ferramenta relacional e de tecnologia leve, um dispositivo de atenção integral à saúde e/ou de cuidado. Entendendo que o vínculo é algo não demarcado, mas a construção de novas práticas para um cuidado embasado nas relações estreitas entre o profissional de saúde e o usuário-cidadão-guia, facilitando a longitudinalidade do cuidado e contribuindo na construção de relações de escuta, diálogo e respeito entre família, comunidade e serviços de saúde (BARBOSA; BOSI, 2017; BRUNELLO *et al.*, 2010).

Seixas *et al.* (2019) nos estimula a pensar na autonomia de Genivaldo, já que produzir vínculo é produzir autonomia, levando em conta a relação de simetria dele com a equipe de saúde, estabelecida em sua entrada diária na unidade, nas visitas domiciliares e nos atendimentos anteriores, por exemplo. Quando o profissional de saúde estabelece relações simétricas com o usuário-cidadão-guia, ele torna-se interlocutor válido, logo, ocorrem afetações pela multiplicidade da vida em potência e novas produções de territórios existentes.

Genivaldo foi acolhido, passou por uma avaliação inicial da enfermagem e, como os sintomas eram iniciais e seu quadro leve, precisou reavaliar após três dias para realizar a testagem em outro dispositivo de saúde, já que na ESF não havia o exame de *swab* disponível, e todas as coletas estavam centralizadas em outro espaço, o Centro de Triagem. A coleta do RT-PCR *swab* nasal é considerado o padrão ouro para a confirmação dos casos da covid-19, sendo o momento ideal da coleta do 4º ao 8º dia a partir do início dos sintomas. Porém, é necessária uma infraestrutura com um nível de biossegurança adequado para a coleta do material, o que acaba sendo impossibilitado em todas as unidades de ESF devido ao alto custo de todo aparato técnico e material utilizado. Além disso, faz-se necessário capacitações com todos os profissionais que atuam nas unidades para a descentralização dessa coleta (MAGNO *et al.*, 2020).

Embora haja compreensão do custo elevado das coletas de *swab*, da falta de capacitação de todos os profissionais, dos insumos insuficientes e das demais atribuições no campo da APS, além das demandas referentes à pandemia da covid-19, ainda é necessário um planejamento

adequado para a descentralização das coletas, sejam as de *swab*, sejam as de testes rápidos, de acordo com a sintomatologia e a necessidade de cada usuário. É apenas pela testagem em massa, detecção precoce e isolamento, que ocorre a redução da transmissão, ou seja, é uma problemática que afeta não só os municípios, mas que precisa envolver o Estado e o Governo Federal para a busca de soluções em conjunto e discussão das particularidades de cada região (BARIFOUSE, 2020; ONOFRE, 2020).

Nesse primeiro contato, outro fator que precisa ser mencionado é a forma como o caso do Genivaldo chega até o conhecimento da equipe, pois é perceptível que a entrada dele como SR gera um desconforto na ACS. Uma particularidade percebida no Município de Rio das Ostras é a organização de acesso dos usuários na ESF. Ao contrário do que é preconizado pelo Caderno de Atenção Básica n. 28 (2013), referente ao acolhimento da demanda espontânea, a organização é feita por uma recepção, que atende inicialmente todos os casos e classifica os mesmos em agendados e não agendados. Caso seja uma demanda não agendada, eles encaminham até o balcão onde é realizado o agendamento, se forem casos pontuais entendidos que há "riscos", eles chamam um ACS que repassa o caso para equipe.

Porém, quem atua na recepção precisa participar de capacitação e educação permanente, já que os mesmos podem atuar tanto como barreira quanto facilitadores de acesso. Franco e Merhy (2005) reforçam a ideia de mudanças para a organização dos serviços de saúde, focadas no acolhimento, centralizadas no usuário e realizadas pelas tecnologias leves de cuidado. Em grande parte, o grupo que fica à frente da recepção é composto por profissionais administrativos que são treinados para “organizar filas”. Assim, fica claro a possibilidade de existir barreiras e ausência de acolhimento. Há uma diferença entre acolhimento e triagem citado pelo próprio Ministério da Saúde, que menciona a importância da equipe em proporcionar o acolhimento e não deixar o usuário ir embora sem respostas (BRASIL, 2013).

Isso me remeteu a uma experiência compartilhada por Franco, Bueno e Merhy (1999), em Betim. Minas Gerais, o que torna o texto, mesmo após 22 anos, recente, já que a experiência traz a inserção do acolhimento em uma ESF e mobiliza-me em questionar os motivos de ainda existirem locais sem o acolhimento adequado. Quantos “Genivaldos” podem ser dispensados sem ao menos serem ouvidos?

Genivaldo recebeu seu acolhimento e sua primeira escuta na ESF, que atua como porta de entrada preferencial do SUS, e seu acesso deu-se por este vínculo estabelecido. Mesmo a fala da ACS, que acreditava que Genivaldo deveria ter ido diretamente ao nível secundário ou terciário. A fala da ACS configura-se uma barreira a ser discutida, visto que os profissionais de saúde, desde a assistência até a “gestão”, precisam estar atentos ao que é orientado pelas

políticas de saúde e pelas pesquisas sobre a imersão nos processos educativos, que direcionam as demandas da ESF a partir das tecnologias relacionais, como o acolhimento e a escuta qualificada (MENDES, 2011; BRASIL, 2006; MERHY, 2007).

As tecnologias relacionais precisam estar impregnadas em nosso cotidiano, em nossos encontros, sempre a ponto de preservar as representações sinalizadas pelos nossos usuários, respeitando a sua individualidade, sua cultura e suas vulnerabilidades. No momento do encontro com Genivaldo em consultório, eu me deparo com uma lista engessada a ser apresentada, que não condiz com a realidade de Genivaldo, e reproduzo as mesmas sem considerar esses fatores. Afeto-me, reformulo as orientações dadas, enquanto Genivaldo mostra-se o gestor do seu próprio cuidado.

Feuerwerker (2014) fala que a gestão não é estabelecida apenas por órgãos especialistas e organogramas, porque o usuário é sujeito do seu próprio cuidado, não são “caixas vazias”, mas pessoas carregadas de representações, ideais e valores em relação a sua saúde, formuladas pela sua cultura, história e religião, tornando-se autor do seu próprio cuidado. Corroborando com isso, Merhy *et al.* (2014) aborda o conceito de redes vidas, em que retrata a ideia de mobilidade, desterritorialização e do usuário como protagonista.

Os usuários são redes vivas, estão em tempo integral produzindo movimentos, gerando saberes, construindo e partilhando cuidados. O saber de cada usuário e o caminho percorrido, encontros e afetos carregados de “multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua”, por isso, o momento que o usuário adentra no consultório traz consigo a rua, ou seja, os profissionais de saúde precisam convidá-lo de forma integral, entendendo suas particularidades. Tais redes estão em constantes modificações, já que os acontecimentos estão sendo tecidos. O que marca as redes vivas são os cuidados gerados no ato, por meio do trabalho vivo, e na forma como o protagonista caminha, por vezes, em estradas não formais, gerador de malha de cuidados ininterruptos, que para o usuário proporcionam mobilidade de acordo com as suas necessidades de acesso (JORGE *et.al*, 2016).

Seixas *et al.* (2019) retrata que os profissionais de saúde preferem usuários padrões, que não sejam questionadores, que aceitem as orientações impostas, as chamadas pessoas “cordeiro”, que são “dóceis, obedientes, de fácil manejo, controláveis”. Entretanto, não existem pessoas “cordeiro,” e isso sobressai quando Genivaldo questiona, mesmo que o olhar, as orientações dadas e no momento em que ele mobiliza a equipe ao sinalizar que será necessário ir até o centro da cidade para buscar medicação, visto que a unidade de saúde tem a sua farmácia

inativa e que a dispensação é apenas na farmácia central. Genivaldo é protagonista do seu cuidado.

Genivaldo possui o trabalho informal da reciclagem, sendo a renda principal da casa, mas está sintomático respiratório. Todos esses aspectos mostram sua vulnerabilidade naquele momento. A vulnerabilidade tem seu conceito inicial na área de Direitos Humanos, que exemplifica “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (ALVES, 1994). Na área da saúde, o debate foi amplificado na década de 80 com o início da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Em termos gerais, a vulnerabilidade refere-se ao “conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento, ou agravos à saúde”, ou seja, não envolve apenas os indivíduos, também inclui os aspectos coletivos que abordem questões sociais, políticas, culturais e econômicas (SILVA; ALVARENGA; SILVA, 2012).

A pandemia da covid-19 emergiu debates acerca das desigualdades sociais e, conseqüentemente, o quanto a população vulnerável é acometida pela doença. Idosos, negros, população de rua e os mais pobres são os mais afetados, colocando o perfil de morbimortalidade pela covid-19 com possível influência de variáveis relacionadas ao próprio território onde residem, ao racismo, à violência, às condições de renda, entre outros (CESTARI *et al.*, 2021).

Viera-Meyer *et al.* (2021) trouxeram em sua pesquisa, realizada na cidade de Fortaleza no Ceará, que a população acometida pela covid-19 é maior em regiões menos vulneráveis, enquanto os indicadores de mortalidade são maiores em regiões mais vulneráveis, o que gera certa incongruência, mas que pode ser justificada pela baixa testagem nos territórios das comunidades carentes e de baixas condições socioeconômicas. Cidades pesquisadas, como Rio de Janeiro e Manaus, demonstram correlações semelhantes às áreas mais vulneráveis de risco de gravidade elevado em comparação às áreas mais nobres.

Corroborando a isso, o Brasil, em 2020, apresentou uma taxa de 14,6% no número de desempregados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 52 milhões de pessoas na pobreza e 13 milhões na extrema pobreza. Tais situações vão ao encontro do debate do comprometimento da população vulnerável, principalmente a vulnerabilidade econômica, dentro dos aspectos que surgiram durante a pandemia da covid-19, que infelizmente acarretam aumento na morbimortalidade desses grupos, inclusive do próprio Genivaldo.

O usuário custear o próprio tratamento ou precisar se deslocar para conseguir medicações e realizar testagens, por exemplo, torna as medidas prescritas ineficazes por uma gama de questões, gerando dificuldades de adesão medicamentosa, baixa testagem dos SR e

defasagem no seguimento das orientações feitas em conjunto com o usuário-cidadão-guia. Estas ações tornam-se barreiras dentro das ESF e comprometem princípios do SUS, como a integralidade e a descentralização.

Proposto pelo texto da CF (1988) e pela Lei Orgânica nº 8.080/90 (1990), os princípios e diretrizes do SUS configuram como base para o funcionamento e organização do sistema de saúde. Os princípios doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade, já para os princípios organizativos temos a regionalização e a hierarquização, a descentralização e a participação população. Ao avaliar questões apresentadas na narrativa, como a centralização do atendimento dos SR no Centro Triagem, por exemplo, expressa ausência do princípio de descentralização diante dos casos da covid-19.

A descentralização pode ser abordada pela descentralização política, descentralização administrativa, descentralização de serviços, entre outros (MATTA; PONTES, 2007). No que tange à descentralização de serviços, espera-se que sejam organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e com uma clientela definida, ou seja, centralizar os testes rápido e o RT-PCR em apenas um local, levando em consideração que o Município de Rio das Ostras tem cerca de mais de 115 mil habitantes, gerando uma questão que precisa ser problematizada, pois da mesma forma que Genivaldo foi direcionado para a coleta em outro espaço, com risco de disseminação para outras pessoas durante o trajeto e apresentando dificuldades em custear o transporte público, a mesma situação ocorre a outros usuários (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a ampliação da testagem nas unidades de saúde da família e a capacitação dos profissionais de saúde seriam um importante avanço para ampliação da testagem em massa, diminuição de exposição dos SR e redução dos custos gerados pelos usuários no momento da procura por outros dispositivos de saúde. A testagem ampliada dos casos assintomáticos e SR representa uma medida para controle da covid-19 em consonância com o isolamento social e controle dos contatos. Além disso, a APS e a Vigilância em Saúde precisam estar estruturadas e caminhando coletivamente (MAGNO, 2020; PILECCO, 2020).

A busca ativa dos casos suspeitos e confirmados também está presente na ESF e no Município de Rio das Ostras, uma vez que atualmente é o único manejo feito no que diz respeito a covid-19, já que a vacinação, medida da ESF e do Programa de Imunização, ficou fora dos espaços e das salas de vacina “convencionais”, com espaços próprios e específicos dessa demanda. A imunização contra a covid-19 está sendo realizada em duas escolas, um centro poliesportivo e no auditório de uma unidade de saúde da família.

Em termos conceituais, busca ativa é um termo proveniente da Vigilância Epidemiológica que diz respeito à "identificação sintomática", ou seja, identificação precoce de casos suspeitos e confirmação para orientar medidas de controle. Ademais, entende-se como "um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território" (LEMKE; SILVA, 2010).

A realização da busca ativa de Genivaldo deu-se a partir de uma ACS que tenta o contato de forma remota, mas sem sucesso, por meio da visita domiciliar. A vigilância ativa desse caso apresenta como "alternativa àquela baseada em sintomas, podendo detectar mais precocemente casos leves/moderados e identificar riscos de infecção" (PÉRISSÉ; O'DWYER, 2020). Contudo, é imprescindível que a busca ativa não seja focada apenas em aspectos sintomatológicos, conforme Lemke e Silva (2010), já que é uma ação política no território e atende a integralidade do cuidado.

Apesar de realizar busca ativa por meio de contatos remotos e posteriormente visita domiciliar, o contato com Genivaldo não foi possível. Ele reaparece na unidade após quatro dias com um quadro de piora clínica significativa, sendo reavaliado pela enfermagem e equipe médica que entendem a necessidade real de referenciar. O processo de referência nas unidades de saúde da família no Município de Rio das Ostras ocorre por meio de contato telefônico para SAMU - 192, conhecido na região como "Resgate", onde é utilizado o telefone pessoal para a ligação. É passado para a atendente o caso clínico, o nome, a idade e o local onde precisa de atendimento.

Esse processo de referência a outros dispositivos da RAS é parte da rede hierarquizada e integrada, que diz respeito ao encaminhamento do usuário em dispositivos de serviços especializados ou de atenção terciária. Ou seja, o movimento de ligar para ambulância reflete em contato com a RAS para manejo adequado de Genivaldo, solicitando uma avaliação a partir de sua demanda clínica. Dessa mesma forma a contrarreferência atua, por vezes, com o retorno do usuário para a APS para a continuidade do cuidado. Embora este conceito seja o de contrarreferência, faz-se necessário entender que a comunicação entre os profissionais de saúde da APS e da unidade terciária são parte desse processo (MENDES, 2011; PEREIRA; MACHADO, 2016)

A contrarreferência ineficaz após a internação de Genivaldo representa uma barreira no que diz respeito ao comprometimento da RAS, pois mostra a fragilidade da rede e o cuidado realizado de forma fragmentada. A RAS deve assegurar discussões intra/interequipes de saúde e serviço, para que o trabalho não seja solitário e sem compartilhamento. Essa fragmentação do

cuidado manifesta-se, especialmente, na fragilidade da articulação entre as instâncias gestoras do sistema, além da desarticulação entre os serviços de saúde (BRONDANI *et al.*, 2016)

As notícias referentes a Genivaldo são dadas pela sua família após o contato feito diariamente com o médico da rede terciária. Após isso, repassadas para a equipe de saúde por meio da ACS. Verifica-se, então, uma barreira presente na RAS que impossibilita as informações técnicas serem apresentadas da equipe hospitalar para a equipe de saúde da família. Durante todo esse processo, infelizmente, é recebida a notícia do óbito de Genivaldo, que me leva à reflexão daquela noite de sábado sobre a cartografia que ele realizou e os momentos de encontros transversais com a equipe. Afetos que passam e perpassam, carregadas de “entre”, em um leque cartográfico de ações e de movimentos que me deixa imersa por longos dias.

7.2 A Produção de Dados no “entre” e no “ato”⁵

Apesar do que encontrei e do que carrego em mim ao analisar a narrativa descrita, entendi que seria necessário o desdobramento dessa narrativa a partir do entendimento da equipe de saúde da família. Ao analisar as falas e o FA que emergiu durante meu encontro com a equipe de saúde, deparei-me com alguns questionamentos, sendo o principal deles referente ao FA, o fluxo que estabelecemos em conjunto e como foi ler as falas que sinalizei como as mais relevantes nesse processo. Ressalto, neste capítulo, pontos que movimentaram a minha escrita enquanto pesquisadora-cartógrafa. As afetações que movimentam a produção desses dados no “entre” e no “ato” em conjunto com a equipe foram o excesso da elipse de saída, a ausência da farmácia e a busca ativa sem sucesso.

Algumas perguntas foram feitas após a equipe de saúde construir o FA. A primeira: Qual o caminho que Genivaldo fez? Algumas falas sinalizaram comparativos com outros casos vivenciados pela equipe. Entende-se que Genivaldo carrega em si o reflexo dos usuários que nos deparamos ao longo de nossa trajetória profissional, a imagem do senhor conhecido em nossas unidades, alegre, prestativo, que só comparece à unidade quando a dor e/ou preocupação o cerca. Certamente, todos e todas nos deparamos com algum Genivaldo nesse caminho.

Fato é que Genivaldo nos traz a compreensão da relevância do cuidado de proximidade dentro de nossas unidades de saúde e como a presença ou ausência interfere no manejo dos

⁵ Diz respeito aos dados que emergem a partir dos encontros e do trabalho vivo em ato. É uma expressão dita pelos pensadores da micropolítica do trabalho, que conceituam como um fazer sobreposto às tecnologias leves, não sendo sequestrado pelas tecnologias duras. Conceito bem definido por Merhy (2002).

casos. Quando falamos de cuidado e de proximidade, relacionamos ao conjunto de recursos e serviços de saúde acessíveis e próximos do usuário, seja de promoção, seja prevenção, seja recuperação da saúde. Tais recursos são centrados na pessoa com a finalidade de garantir eficácia, qualidade e acesso. Essa abordagem insiste em personalizar e individualizar o cuidado de acordo com a complexidade de cada usuário ou grupo, indo além da parte clínica, o cuidado de proximidade refere-se, como proposto por George e Gomes (2014), “uma redução dos custos com transportes que os cidadãos teriam que suportar, e das horas de trabalho que deixam de perder, por evitarem que se desloquem aos centros urbanos.”

Ao abordar o cuidado de proximidade, entendemos que a ESF é um meio pelo qual podemos exercer este meio ao indivíduo. Na narrativa, percebemos que o encontro com Genivaldo foi atípico naquele dia, apesar de sua presença constante na unidade, a procura por questões relacionadas à saúde e ao bem-estar eram mínimas. Parte do vínculo estabelecido entre ele e a unidade se dá pelo acesso de sua família, principalmente de suas filhas, ao pré-natal e puericultura feitos anteriormente.

Isso nos leva a refletir como o vínculo longitudinal, principalmente temporal com uma equipe de SF, interfere diretamente no cuidado, como dito por Santos, Romano e Engstrom (2018) nas respostas ao cuidado, a aderência às orientações, aos serviços de saúde e à satisfação do usuário. Desta forma, podemos considerar que o cuidado de proximidade tem em seu meio a relação com esse atributo essencial de saúde: o vínculo longitudinal.

Logo, os questionamentos levantados da equipe de que a procura deveria ter sido diretamente ao Centro de Triagem vão contra aquilo que Genivaldo estabeleceu dentro de suas relações com o próprio serviço, porém, de certa forma, a equipe de saúde não consegue identificar o quanto Genivaldo tem esses conceitos formulados dentro de si, ou seja, esse cuidado de proximidade discutido é percebido por ele de uma forma diferente da equipe de saúde.

Outro fator que apareceu em diversos momentos foi o debate acerca do “Centro de Referência para casos da covid-19”, proposto pelo próprio Ministério da Saúde (2020, p. 46), que estabelece de maneira complementar a APS com objetivo de atendimento dos SR que apresentem quadro leve: “a proposta é que o serviço componha o fluxo de cuidado na RAS, atendendo os casos leves e encaminhando os casos graves para a rede de urgência e emergência ou rede hospitalar”. Ou seja, há uma diferença entre acolher e receber esse usuário na ESF e outra em impor que o acesso a este local é impossibilitado e o direcionamento é exclusivo em um local pré-estabelecido (BRASIL, 2020).

O que fica claro pela narrativa da equipe é que ali não é o local onde Genivaldo deveria estar e parte disso é pela atribuição à estrutura física das unidades e ao risco de transmissão, o que de fato é válido e coerente, visto que a ESF precisa dar continuidade ao atendimento regular como pré-natal, puericultura, doenças crônicas, entre outras. Porém, o acolhimento e o primeiro atendimento devem ser realizados no momento de entrada do usuário, e a recepção e a equipe de saúde precisam estar prontas para exercerem seu papel e o manejo enquanto centro comunicador da rede.

E foi neste momento que faço a pergunta para a equipe de saúde: Quais as barreiras encontradas que impedem o atendimento na ESF? As saídas apresentadas no FA foram sinalizadas pela própria equipe como uma identificação de que ali não era possível o manejo. A elipse representa a entrada ou, neste caso, a saída do processo de produção de serviços é o fim de um determinado fluxo. Por meio do FA percebemos que a saída ocorre após a finalização das consultas agendadas, quando não há gravidade dos casos - sendo solicitado retorno posterior - ou quando é necessário encaminhar para o hospital e/ou Centro de Triagem.

A partir do FA, a equipe sinalizou que os usuários de demanda espontânea são avaliados pela enfermeira e orientados a agendar retorno em consulta programada, com os atendimentos se restringindo àqueles de urgência, mas somente sendo feita uma triagem e uma avaliação detalhada com a enfermeira se de fato for SR. Se for um SR grave, é feita uma avaliação pela equipe médica que solicita a ambulância, caso seja necessário.

Quando a demanda é referente aos casos da covid-19, o Ministério da Saúde (2020) propõe que seja realizado o primeiro atendimento pela metodologia *FAST-TRACK* que é “uma ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento”. No Protocolo é orientado que o usuário seja direcionado para um espaço adequado para evitar proximidade com outras pessoas, tendo seu primeiro contato com um ACS ou recepcionista, que utilizará um *check-list* específico com as primeiras queixas. Posteriormente, caso seja identificado queixas de síndrome respiratória, o técnico de enfermagem é acionado, faz a sua avaliação e aciona o enfermeiro e/ou médico, que por sua vez, também possuem *check-list* específicos. O enfermeiro faz a notificação do caso e dá seguimento para o atendimento médico, que além de preencher seu *checklist*, classifica a gravidade e dá seguimento.

O caso pode ser considerado leve, em que o usuário é monitorado a cada 24h ou 48h, preferencialmente de maneira remota ou em domicílio, assim como afastado de suas atividades profissionais. Nos casos graves, o encaminhamento é feito para o Centro Especializado da covid-19 do município por meio de veículos apropriados. Essa proposta foi a medida encontrada como manejo dos casos da covid-19 no início da pandemia, mas com um processo burocrático,

cansativo e de contato com diferentes profissionais, que poderia ocorrer de maneira objetiva, sem falar dos *check-list* feitos em cada momento de encontro do usuário com o profissional selecionado.

No Município de Rio das Ostras, esse fluxo não é implementado, os usuários são orientados pela recepção e pelos ACS a irem ao Centro de Referência por meios próprios. Por vezes, o profissional da equipe de saúde não sabe que o usuário esteve por lá, em outros casos, surgem demandas como a de Genivaldo em nossos percursos. Os fluxos engessados e ricos em *check-list* nem sempre são favoráveis, pois não exprimem a individualidade do usuário. Apesar do entendimento de que esta medida foi tomada como norteadora para os atendimentos, visto que se trata de um protocolo de manejo do Ministério da Saúde para orientação na APS durante a pandemia, é necessário direcionar nossas ações a partir do trabalho vivo em ato. Malta e Merhy (2010) abraçam esse encontro entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado.

O que se busca é potencializar o trabalho cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o usuário, no momento da assistência, ou “no espaço intercessor”, que é o espaço do encontro entre o usuário e o profissional de saúde, libere “trabalho vivo”, em ato, neste momento singular e “cuidador” (MALTA; MERHY, 2003, p. 595).

Este espaço relacional abre possibilidades de mudanças e de atos criativos, tornando-se um momento especial, portador de forças “instituintes” (MERHY, 2002; BAREMBLIT, 1996). A potencialidade desse encontro pode ser “amordaçada” em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos. Poderíamos afirmar que os “espaços intercessores” podem ser preenchidos pela “voz” do profissional de saúde e pela “mudez” do usuário. Essa relação em saúde deveria ser não “objetal”, comandada pelo autoritarismo do profissional, mas do tipo “interseção-partilhada”, na qual acontecessem trocas, compartilhamentos, pela disponibilidade do profissional em liberar saberes e atos cuidadores, e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia (MALTA *et al.*, 2004; MERHY, 2002).

Corroborando com a temática e com a importância de olhar os nossos usuários além de protocolos engessados, de forma integral, Favoreto (2007) esclarece que ao darmos voz aos nossos usuários, aos seus conhecimentos, práticas e saberes saímos do “enquadramento da racionalidade biomédica” e promovemos o saber dialógico, da sua subjetividade e hermenêutico em nossos encontros.

A estrutura física das ESF surge em uma das falas da equipe de saúde e torna-se um dispositivo que impede a organização de algumas demandas, como a própria testagem para a covid-19. Sabe-se que através da ampla testagem, tanto dos sintomáticos quanto dos

assintomáticos, a identificação precoce, atrelada ao isolamento social de pessoas infectadas e de seus contactantes são medidas necessárias à redução dos casos (PILLECO *et al.*, 2020; MAGNO *et al.*, 2020) A testagem dentro das ESF seria um facilitador no que tange a descentralização deste procedimento, levando em consideração a capacitação da equipe e um espaço reservado para essas medidas, além disso, em países com APS estruturada, os dados epidemiológicos são mais fidedignos no que concerne à letalidade e cura (FARIAS, 2020).

Outra barreira sinalizada pela equipe de saúde na construção do FA foi a ausência da assistência farmacêutica na unidade. O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Política Nacional de Medicamentos uma reorientação acerca da atenção farmacêutica, que tem como objetivo o acesso e o uso racional de medicamentos. Essa discussão dos farmacêuticos nas ESF ocorre desde que foi considerada prioritária para o desenvolvimento AB no SUS. O papel do farmacêutico ainda é invisibilizado nas unidades, ficando restrito apenas à dispensação de medicamento e organização de estoques, não sendo considerado como parte da equipe de saúde, sem exercer atividades como as de promoção e prevenção da saúde de maneira amplificada (BOSSE; OLIVEIRA; BECKER, 2013; LEITE *et al.*, 2017a).

É interessante pensar que a ausência da farmácia chamou atenção dos profissionais de saúde, pois a deficiência dessa assistência no cardápio de serviços da unidade gerou afetos em Genivaldo, abraçaram a equipe e emergiram no FA. Esse questionamento e — talvez — indignação de Genivaldo em ir até outro espaço em busca de medicamento mostra a pobreza dos serviços oferecidos pela unidade, pois entende-se que a dispensação de medicação é atividade básica ofertado pelo SUS, inclusive justificado pelo aumento do acesso ao serviço nos últimos anos (LEITE *et al.*, 2017b).

Tal acontecimento vai de encontro ao que Rolnik (2014) chama de corpo vibrátil, que é a capacidade de afetações do corpo geradas a partir de vivências, transformando-as em aprendizado. É mostrar-se para o mundo e deixar-se afetar. Constitui potências de cuidado a partir do momento que se enxerga as dimensões dos usuários e da coletividade, é corporificar o sentido do (in)visível sem dissociarmo-nos do mundo. E isso fortalece o que Feuerwerker (2014) diz acerca das ferramentas de gestão, que conferem análises e autoanálises dos processos de trabalho, que surgiram a partir da construção do FA.

A “busca ativa sem sucesso” emergiu entre as falas como um possível agravante ao caso de Genivaldo, já que não conseguiram contato de forma remota e nem por meio da visita domiciliar. Foi perceptível o incômodo das ACS sobre o “fluxo” proposto pela Secretaria de Saúde. O recebimento do memorando dos casos de busca ativa semanais gera um movimento desconfortável, que em seus discursos, apresenta-se sinalizada pela preferência dos ACS em

receber a notificação (memorando) simultaneamente com os demais membros, para não se “perder” entre outras demandas.

Esse movimento de refletir sobre o processo de trabalho remete ao que Franco (2003) traz de sua pesquisa feita no município de Luz, Minas Gerais, onde se depara com o processo de reflexão gerado pela equipe de saúde a partir da construção coletiva do FA.

uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma aqui descrito, são um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial. A ferramenta revela, como todo processo, o dinamismo deste, ações em movimento. Questões antes não percebidas pelos trabalhadores, até porque estavam desacostumados a olhar o problema de saúde, a partir do ponto de vista do usuário, se mostraram como importantes questões a serem enfrentadas (FRANCO, 2003, p. 12).

A terceira pergunta para a equipe de saúde: Se o Genivaldo fosse um usuário real, o que a equipe poderia fazer para evitar a peregrinação e sofrimento? É uma tentativa de trazer para perto como um dos usuários da unidade, não que isso não tenha acontecido durante todo o processo, porém, percebi tentativas de distanciamento. Essa aproximação gerou na equipe a necessidade de modificar e até mesmo de agir de uma forma diferente, reafirmando que o objetivo do FA foi alcançado neste trabalho; analisar o processo de trabalho.

Porém, comecei a refletir sobre a pergunta que eu mesma fiz para a equipe de saúde, sobre o que eu faço/fiz para evitar “peregrinações” durante minha trajetória na ESF. Pensei em alguns encontros que tive/tenho e me remeti ao texto de Santos, Mishima e Merhy (2018) que fala da “moeda de atendimento” que alguns usuários utilizam com a finalidade de conseguirem acesso à equipe. Não é que Genivaldo tenha agido dessa forma, mas pensar sobre a peregrinação dos usuários e o sofrimento que os mesmos carregam, remeteram-me a casos em que as queixas não condizem/condiziam com o que ele realmente precisava/precisa.

Sinto estranheza ao retomar às falas ditas quando realizei a pergunta, pois ao falar do que poderia ser feito, para evitar “peregrinação e sofrimento”, a devolutiva feita pela equipe gira em torno das ações e procedimentos que poderiam ter sido realizados, não houve expressões relacionadas do olhar da peregrinação além da doença e do acometimento da covid-19. Rios *et al.* (2020) expressa que existe a utilização da doença como guia, o usuário sente-se como objeto frente às decisões que são feitas, dessa forma, as implicações geradas concernem

em relações de baixa potência assimétricas, como se o profissional de saúde possuísse o poder e saber ideal e o usuário não. Essa relação gera afastamento entre usuário-equipe de saúde, visto que “trata-se de um reservatório desigual de potências”.

E isso me gerou desconforto, refleti e questioneei: Será que Genivaldo sentiu-se apenas como o “paciente doente? Pensei nas afetações que a equipe de saúde carrega e o quanto somos programados a pensar dentro de caixas engessadas e de procedimento pré-estabelecidos, em que nosso foco inicial sempre decorre a partir da doença-doente. Santos, Mishima e Merhy (2018) afirmam que:

A ESF tem um caráter fortemente burocrático, disciplinando o trabalhador e limitando sua capacidade criativa. Os protocolos padronizados, a lógica de produção por procedimentos/atendimentos e a agenda orientada para os programas nacionais são exemplos de captura do trabalho vivo pelo morto (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 863).

Diante de tantas perguntas e reflexões percebi a importância de retomar o debate a partir de uma visão holística, para além dessa estrutura engessada que somos moldados, a pensar além do modelo biomédico em nossos encontros e afetos, pois mesmo que o assunto seja dito em outros momentos e em diferentes publicações, não há esgotamento. É necessário estar trabalhando esta pauta, pois elas emergem quando discutimos nossos processos de trabalho.

Uma maneira de trazer isso à tona e articular essa demanda é por meio da Educação Permanente de Saúde (EPS). O conceito EPS surge através da portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, a partir da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que se refere como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20).

A EPS tem o potencial para agir como “caixa de ferramentas”, em que a atuação por meio da micropolítica do trabalho facilita a expansão dos espaços de autonomia dos profissionais de saúde, configurando-se como potência para construir práticas de saúde a partir da demanda dos usuários. A própria EPS apresenta-se como objeto de transformação, pois atua como uma ferramenta ao oferecer resoluções a partir da reflexão coletiva dos trabalhadores, tornando esse processo significativo. A atuação da EPS vai além do método de ensino-aprendizagem, atuando como tecnologia leve, que além de trabalhar as individualidades dos usuários, gerencia micropoliticamente os serviços de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2021).

O aprofundamento da narrativa de Genivaldo como EPS é válida, pois o FA atua como uma ferramenta que pode ser aplicada para discutir e trazer à tona questões que precisam ser problematizadas com os trabalhadores da rede. O FA sinaliza os ruídos e facilita na percepção

do cuidado que é prestado. Para além de processo pedagógico, ocorre o levantamento de problemas que podem ser trabalhados em diferentes campos de saberes. E de fato, foram problematizadas questões com a equipe, que dentro da fala de uma ACS, mostram o grito de “socorro” por intervenções no espaço, como a própria EPS (FUNESA, 2011).

Dessa forma, a EPS estimula, facilita e acompanha a reflexão crítica diante dos processos de trabalho das equipes, isso afeta na qualificação dos processos de gestão e atenção. Cavalcanti e Padilha (2014) destacam algumas dificuldades no processo da EPS como a implantação e efetivação das propostas, que só seriam possíveis através da sensibilização e articulação com outros atores, como equipe de gestão, profissionais de saúde e usuários. Ou seja, a mobilização e a sensibilidade da equipe entrevistada foi notória a partir das falas durante a entrevistas, o que ressalta a importância de intervenção juntamente com outros atores.

Entende-se que apenas com a construção coletiva do FA com a equipe não é possível modificar toda a estrutura sólida construída em um Município de médio porte, como é o caso de Rio das Ostras, porém, é um importante mobilizador para envolver os demais atores e diferentes transformações a longo prazo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade que vivi no mestrado me trouxe a clareza que as perguntas sempre irão surgir, algumas respondidas e outras não, talvez por não existirem respostas. E foi assim ao escrever este capítulo, entendendo que há perguntas que precisam ser respondidas. Associado a essas questões, entendo que os encontros que passei trouxeram afetações que perpassam o limbo profissional e que emergem em meu cotidiano como, por exemplo, andar na rua e ver um coletor de reciclagem e inferir, mesmo que indiretamente, a imagem de Genivaldo e pensar que poderia ser ele.

Enquanto pesquisadora-cartógrafa, em minhas andarilhagens na construção dessa dissertação, não vejo sentido em nomear este tópico como “considerações finais”, mesmo que seja parte de um viés metodológico e de uma padronização “necessária”. O que vivi até este momento me seguirá, pois quando descobrimos, nos cartógrafos, nossos percursos são diferentes. Isso me remete a uma das aulas do Mestrado Profissional, na primeira vez que vejo o vídeo de Tim-Tim⁶ e o quanto que os afetos que tive ao vislumbrar a andarilhagem daquela criança me tornou precursora do meu caminho.

⁶ Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UU5-hkBH2rw>

Isso surge no momento da construção da narrativa fictícia, pela qual me permiti “engravidar” de Genivaldo, que apesar de não “existir”, ele existe e (re)siste, pois está presente em nossos acolhimentos, em nossas salas de esperas, em nossos consultórios e em nosso território, que é vivo. Ele apresenta-se como homem de vulnerabilidades, mas empoderado de seu próprio cuidado e questionador, quando entende que tem algo errado.

Com Genivaldo, eu aprendi sobre o mergulhar em um mar de conceitos novos, encontros e afetos pelos quais não podia saber que existiam e com quem pude compartilhar de novas experiências, mesmo que por intermédio de alguém que eu “criei”. Antes, sobretudo, ao aderir meu DC, minha base na criação da narrativa e posteriormente da dissertação, tive um encontro comigo e com aquilo que carreguei por um tempo, que sempre esteve “dentro” de mim, mas que surgiram após transcrever esses afetos.

O DC me proporcionou entender a leva de perguntas que vivi e a buscar ou não respostas para as afetações e, então, escrever a dissertação a partir dessas experiências. Segui em um caminho diferente quando iniciei a escrita, que foi modificada a partir da pandemia no Brasil, que transformou pequenos “mundos”, inclusive o meu. Ocorrem momentos de pausa, mas também de regozijo por cada experiência positiva.

Não obstante, ao fazer a pesquisa com a equipe de saúde, recebi a devolutiva e a maneira de condução na criação do FA. Apesar de não ser objetivo da dissertação a discussão de um plano operativo, faz-se necessário que as equipes de saúde da família do Município de Rio das Ostras reflitam sobre seus processos de trabalho, centralizando os usuários e olhando além dos modelos tecnoassistenciais para que, assim, consigam realizar um trabalho pautado na integralidade, conferindo acesso aos usuários e agindo de maneira equitativa.

Ressalto sobre a importância da EPS, que mesmo não sendo o foco inicial do meu trabalho, foi uma demanda que emergiu nesse processo de construção. Com certeza, serão necessárias outras pesquisas para o aprofundamento e uso dessa tecnologia leve como forma de auxílio nas questões que cercam a APS no município. Ademais, o uso do FA mostra-se um potente interlocutor entre a equipe de saúde e o usuário-cidadão-guia, pois essa ferramenta gera debates acerca do processo de trabalho, como aquelas emergidas neste trabalho relacionadas ao acesso, vínculo, busca ativa qualifica, entre outros.

Percebi que existiram barreiras nesse encontro do Genivaldo, tais como: a barreira de acesso inadequado, pela falta de um acolhimento estruturado e trabalhado a partir da integralidade; a barreira (talvez) da falta de conhecimento, expresso pelo desconforto da ACS em vê-lo na ESF estando SR; a barreira da farmácia inativa, por não ter o medicamento disponível na unidade e nem a assistência farmacêutica; a barreira financeira, em custear seu

tratamento e o deslocamento até outros pontos da RAS para continuar seu cuidado e a barreira da contrarreferência, por não existir essa ação na rede de saúde do município.

Enquanto que no encontro com a equipe de saúde foram sinalizadas, a partir do FA, o excesso de saída, que podemos relacionar com “A barreira do acesso inadequado” e “A barreira da (talvez) falta de conhecimento”; a ausência da assistência farmacêutica, que relacionamos com “A barreira da farmácia inativa” e a busca ativa sem sucesso sobre as quais surgiram diferentes debates foi o ponto em que não percebi “problemas”. O que me levou a refletir o quanto a construção coletiva do FA é rica em seus processos, pois foi a partir do olhar das ACS e dos seus afetos, que esta categoria enriqueceu nosso debate no momento da construção.

Isso nos leva a enriquecer e qualificar o discurso da atuação da equipe multiprofissional em nossos espaços, assim como entender de forma prática a riqueza gerada a partir destes debates. Percebo, e trago novamente em pauta, a importância de investir no processo de EPS como ferramenta de tecnologia leve, para que haja modificações em nosso pensar e nas atuações como parte integrante de uma equipe de saúde.

Finalizo com apenas uma certeza entre tantas perguntas: permitir-me viver essas experiências que ressignificam minhas práticas e que permeiam meus pensamentos durante a micropolítica dos encontros que tenho em meu cotidiano e o quanto permitir-me, torna-me a enfermeira que hoje, mais do que nunca, aprendi ou aprendo a enxergar o usuário como guia de seu processo, desconstruindo-me da “velha” roupa de saberes engessados e ressignificando meus encontros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ALVES, J. A. L. Os direitos humanos como tema global. São Paulo: Perspectiva, 1994.
 ANDRADE, S. R.; RUOFF, A. B.; PICCOLI, T.; SCHIMITT, M. D.; FERREIRA, A.; XAVIER, A. C. A. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/8fLRLYFMZLVwT3BxBHCJRSs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jun.2020.

AZEVEDO, C. S. *et al.* Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018.
 BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1.003-1.022. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/48VFbfgfLbRSh9tGJ7BzDSZq/?format=pdf&lang=pt..> Acesso em: 10 ago. 2021.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. The use of an analytic flowchart to organize healthcare in the Brazilian family health program. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.036-1.044, ago. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/y5C8S3RN9kHFnthJhdJ8tvN/?lang=en>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BARIFOUSE, R. Coronavírus: por que o Brasil ainda não conseguiu fazer testes em massa? **BBC News Brasil 2020**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-4152145795>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2010.

BOSSE T. S; OLIVEIRA, L.; Becker, I. R. T. Inserção do profissional farmacêutico na ESF: um relato de experiência. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, v. 1, p. 64-70, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/1157>. Acesso em: 10 de ago.2020.

BRONDANI, J. E.; LEAL, F.; POTTER, C.; SILVA, R.; NOAL, H.; PERRANDO, M. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>> . Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL, **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus> . Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em : 27 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p., Série E. Legislação em Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 02 de mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 19 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 9**. Brasília, DF, maio 2020. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>>. Acesso em: 19 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os centros de atendimento para enfrentamento à covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de maio 2020.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.445-de-29-de-maio-de-2020-259414867>. Acesso: 10 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 fev.2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 jul. 2021.

BRUNELLO, M. E. F et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021. Acesso em: 26 abr. 2020.

CAVALCANTI, Y.W; PADILHA, W.W.N. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate** [online]. v. 38, n. 100. pp. 170-180. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140009> . Acesso em: 15 set. 2021.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **How COVID-19 spreads**. 16 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html> . Acesso em: 20 jun. 2020.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, 2021, p. 1.023-1.033. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020> . Acesso em: 27 jun. 2021.

CINTRA, A. M. S. *et al.* Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 45-53, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/qCG7P8pMVLPWhR75szJNr7d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

COSTA, N. R. A Estratégia de saúde da família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.389-1.398, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KJ79DbSz86MrZtZsXmWmmTc/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020.

COSTA, M. A.; ABRAHÃO, A. L. O processo de trabalho no arquivo médico: novas perspectivas na produção do ato de cuidar em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1.211-1.219, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401211>. Acesso em: 16 ago. 2021.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de jun. 2020.

FARIAS, L. A. B. G; PESSOA COLARES, M.; DE ALMEIDA BARRETO, F. K.; PAMPLONA DE GÓES CAVALCANTI, L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2.455. 2020. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2455>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FERNANDES, J. M. Meu corpo, meu endereço e meu movimento: o lugar do cuidado ao usuário com restrição domiciliar no trabalho da atenção básica em saúde. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/171022>>. Acesso em: 08 de ago.2020.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Da atenção básica à atenção primária – do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAQ, PMAQ e remuneração por “resultados”. In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; BAVA, M. C. G. C.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C., **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS**, v. 2, p. 337-357. São Paulo: Hucitec, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. Semana epidemiológica 10 e 11. 26 mar 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_10-11-red.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2021.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161- 198. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_eprojeto_terapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p. 459-473. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, jun. 2015. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 14 mar. 2021.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019> . Acesso em: 11 jul. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. *In*: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E., Produção imaginária da demanda. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção social da demanda**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/30producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emers_on_merhy.pdf>. Acesso em :10 ago. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**. UFRJ, 2007. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/29731507-Mapas-analiticos-um-olhar-sobre-a-organizacao-e-seus-processos-de-trabalho.html>>. Acesso em: 30 jun.2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Interiorização do COVID-19 e as redes de atendimento em saúde**. Nota Técnica. Rio de Janeiro, 4 de maio de 2020. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_4.pdf. Acesso em: 22 de jun. 2020.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz 2. Aracaju: FUNESA, 2011.

FURTADO, R. N; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Rev. Subj., Fortaleza*, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692016000300003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 10 ago. 2021.

GALLASCH C. H.; CUNHA M. L.; PEREIRA, L.; SILVA-JUNIOR, J. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>>. Acesso em: 08 maio 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIWA, A.; DESAI, A. Novel coronavirus COVID-19: An overview for emergency clinicians. **Emergency medicine practice**, v. 22, n. 2, p. 1-21, 2020. Disponível em: https://www.ebmedicine.net/media_library/files/Coronavirus-COVID-19.pdf . Acesso em: 17 maio 2020.

GOMES, M. P.C., MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 55-87.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; GALLARDO, M. P. S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 23 abr. 2021.

GONÇALVES, T. V. O.; NARDI, R. Aspectos epistemológicos da pesquisa narrativa presentes em teses e dissertações sobre formação de professores na área de educação em ciências e matemática, no período de 2000 a 2012. **Atas do Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, CIAIQ**, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/704>>. Acesso em: 04 mar.2020.

GRAHAM, Andrew. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010.

GUIMARÃES, A. C. C.; COELHO, K. S. C. **Cenários epidemiológicos para a pandemia de COVID-19 em Rio das Ostras - RJ. Nota Técnica**. Grupo de Trabalho Multidisciplinar para Enfrentamento da COVID-19. Macaé, 30 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.macaue.ufrrj.br/images/COVID19/Nota-Informativa-n2-covid-19-RJRioDasOstras.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

HUANG C.; WANG Y.; LI X.; REN L.; ZHAO J.; HU Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 1.0223, p. 497-506. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)>. Acesso em: 08 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Painel de indicadores**. Rio de Janeiro, 2020.

JORGE, A. O. *et al.* Encontros e desencontros na construção de redes. *In*: FEUERWECKER, L. C. M. *et al.* (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 352-356. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

KASTRUP, V; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91

LEITE S. N. *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Rev Saude Publica**, v. 51, supl. 2, p. 13s, 2017a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84LWXXv3NXgP3R7NSphXDnq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 ago.2021.

LEITE S. N. *et al.* Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 11s, 2017b. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl2/11s/pt/>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

LEMKE, R. A; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>> Acesso em: 09 de abr. 2020.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul.-set. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/?lang=pt>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

MAGNO, Laio *et al.* Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3.355-3.364, set. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903355&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 23 jan. 2021.

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

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, jun. 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>> . Acesso em: 23 abr. 2021.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dL.Sn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 01 jan.2021

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: MERHY, E. E.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. (Org.). **Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 94-112

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas: [s.n.], 2004. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MERHY, E. E. **Curso de extensão - aula 4: ferramentas de investigação/fluxograma analisador**. Youtube, 14 out. 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jTXxG78Xpvc>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

MERHY, E. E.; CERQUEIRA, M. P.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulg. Saúde em Debate**, v. 52, 2014, p. 153-164. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redets_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_rua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_do_conhecimento_em_saude. Acesso em: 20 jun. 2021.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F, **Dicionário da educação profissional e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 13 mar. 2021.

ONOFRE, R. Sem insumos, laboratórios privados limitam exames para detectar coronavírus. **Folha de S. Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/sem-insumos-45laboratorios-privados-limitam-exames-para-detectar-coronavirus.shtml>> 46. Acesso em: 12 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Fundo das Nações Unidas para Infância. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata-URSS**, 1978: Relatório final. Brasília: OMS-UNICEF, 1979.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 391-413, ago. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/9w77837Qthmp4bGsDgpgvSG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PEREIRA, J. S; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1.033-1.051, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>> . Acesso em: 4 jul. 2021.

PÉRISSÉ, A. R. S.; O'DWYER, G. Vigilância ativa (VA) na pandemia de SARS-CoV2: papel do contato remoto (CR) na identificação precoce de casos e na prevenção e cuidados durante a crise. **Projeto de Pesquisa**, 2020. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/f9a13e421c52fcf53a0e9c2131df76b6.PD>> Acesso em: 04 jul. 2021.

PERUZZO, H.; BEGA, E.; LOPES, A. G.; HADDAD, A. P. A. T.; PERES, M. C. F. L. A. M.; MARCON, S. S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

PILECCO F. B.; COELHO, C. G.; FERNANDES, Q. H. R. F.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; ORTELAN, N.; GABRIELLI, L.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L. O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 2., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/FJ6YV6QY9BD5fWMCKGcY4Pd/?lang=pt#> . Acesso em: 09 ago. 2021.

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). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.903-1.914, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 09 set 2020.

REIS V. **Contra a reformulação da PNAB - nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>> . Acesso em: 10 ago. 2021.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan.-mar. 2010. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>>. Acesso em: 19 out. 2020.

RIO DAS OSTRAS. **Centro de triagem do coronavírus é aberto em Rio das Ostras**. Prefeitura Municipal de Rio das Ostras, Rio das Ostras, 30 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://www.riodasostras.rj.gov.br/centro-de-triagem-do-coronavirus-e-aberto-em-rio-das-ostras/>>. Acesso em: 05 maio 2020.

RIOS, A. G.; SEIXAS, C. T.; CRUZ, K. T.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E.; SANTIAGO, S. M. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Cien Saude Colet**, jul. 2020. Disponível em: < > <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-producao-do-comum-como-estrategia-de-cuidado-para-usuarios-complexos-uma-cartografia-com-mulheres-em-situacao-de-rua/17665?id=17665>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

SANTOS, R. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 01 jul., 2021.

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTO, T. B. E.; JUNIOR, H. S.; CRUZ, K. T. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqqrwmbMNTTtmpxth/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 ago. 2021.

SCHIMITH, M. D.; SIMON, B. S.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÒ, M. L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SnJzCkTdDnWXqRyd9gt8njB/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

SILVA, T. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. DE C. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 935-943, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48635>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, v. 20, n. 3, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/download/v20-3-slomp/2617-pdf-pt> . Acesso em: 10 ago. 2021.

SPERANDIO, N.; NASCIMENTO, F. T. M.; MONTEIRO, L. S.; COELHO, K. S. C.; GUIMARÃES, A. C. C.; SOUZA, T. O. Interiorização da pandemia: panorama da COVID-19 no Município de Macaé. **Boletim Ciência Macaé**, v.1. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <[http://www.macaee.rj.gov.br/midia/uploads/Boletim%20Ci%C3%Aancia%20Maca%C3%A9%20v.1%20n.1%20\(2020\)%20PDF%20revisado.pdf](http://www.macaee.rj.gov.br/midia/uploads/Boletim%20Ci%C3%Aancia%20Maca%C3%A9%20v.1%20n.1%20(2020)%20PDF%20revisado.pdf)>. Acesso em: 07 jul.2021.

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

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em debate**, Rio de

Janeiro, v. 42, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500361&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 23 abr. 2021.

USA - UNITED STATES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Emerging scientific evidence on covid-19 transmission. **How COVID-19 spreads**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

VIANA, A.; ALVES, H. Secretária de Saúde de Rio das Ostras. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Análise epidemiológica sobre a pandemia de COVID-19 no Município de Rio das Ostras**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.riodasostras.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/analise-epidemiologica-sobre-a-pandemia-de-covid-19-no-municipio-de-rio-das-ostras.pdf> . Acesso em: 05 maio 2020.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; MORAIS, A. P. P.; CAMPELO, I. L. B.; GUIMARÃES, J. M. X. Violência e vulnerabilidade no território do Agente Comunitário de Saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 657-668, 2021. Disponível em: < <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-e-vulnerabilidade-no-territorio-do-agente-comunitario-de-saude-implicacoes-no-enfrentamento-da-covid19/17810?id=17810>>. Acesso em: 02 nov.2020.

ZACCARELLI, L. M.; GODOY, A. S. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 8, n. 3, p. 550-563, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/8TrxjrCgqJPVrcXwVwNs38d/?lang=pt#> . Acesso em: 10 ago. 2021.

ZHU N.; ZHANG D.; WANG, W. XINGWANG , L. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med.**, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>> Acesso em: 17 maio 2020.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Campus UFRJ-Macaé



Coleta de dados para prontuários de pacientes com suspeita da covid-19 e/ou síndrome gripal

Pesquisa: O percurso do usuário na estratégia de saúde da família em Rio das Ostras durante a pandemia da covid-19

Data da Coleta:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

1. Quais sintomas foram relatados pelos usuários e descritos no prontuário?

() Febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (aferida ou referida)

() Tosse

() Dor de garganta

() Dificuldade respiratória

() Sintomas gastrointestinais

() Outro: _____

2. Há descrição no prontuário do controle precoce após a identificação dos casos para evitar contaminação na Unidade Básica de Saúde? (Fornecimento de máscara cirúrgica para a pessoa e a oriente a colocar. Meios para a pessoa higienizar a mão (álcool gel ou água e sabão); A pessoa deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.)

() Sim

() Não

() Parcialmente

4. Qual foi a estratificação da gravidade?

() APS/ESF: Febre + tosse ou dificuldade respiratória ou dor de garganta e Ausência de comorbidades descompensadas que contraindicam isolamento domiciliar

() CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Síndrome gripal com presença de dispneia ou os seguintes sinais ou sintomas de gravidade: Saturação de SpO₂ <95% em ar ambiente; Sinais de desconforto respiratório ou aumento de frequência respiratória avaliada de acordo com a idade; Piora nas condições clínicas de doenças de base; Hipotensão; Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante o período sazonal ou Comorbidades que indicam avaliação em centro de referência como: Diabetes (conforme juízo clínico); Doenças cardíacas crônicas descompensadas; Doenças respiratórias crônicas descompensadas ; Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); Imunossuprimidos; Portadores de doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; Gestante de alto risco

5. Houve notificação imediata?

() Sim

() Não

6. Foi realizado teste para confirmação ou descarte da covid-19?

() Sim, coleta de *swab*

() Sim, teste rápido molecular

() Não

7. Qual foi o manejo terapêutico utilizado?

() Medidas farmacológicas. Quais: _____

() Medidas clínicas. Quais: _____

8. Há registros de vigilância e acompanhamento do caso por um profissional da APS?

() Sim

() Não

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Campus UFRJ-Macaé



Título do Projeto de Pesquisa: O percurso do usuário na estratégia de saúde da família em Rio das Ostras durante a pandemia da covid-19

Nome do Voluntário: _____

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa O percurso do usuário na estratégia de saúde da família em Rio das Ostras durante a pandemia da Covid-19, sob a responsabilidade da pesquisadora Karla Santa Cruz Coelho, que pretende compreender o caminho feito pelo usuário acometido da covid-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras.

Sua participação é voluntária e se dará por meio do acesso ao seu prontuário médico que está nesta Unidade de Saúde, respeitando o sigilo dos seus dados pessoais nele presente e quaisquer informações sobre seu estado de saúde e/ou doença.

Os riscos envolvidos da sua participação nesta pesquisa correspondem a identificação de suas informações confidenciais, das informações confidenciais, assim como a exposição das unidades pesquisadas e profissionais que realizaram os registros no prontuário. Como forma de minimizar os riscos, será assegurado a confidencialidade e a manutenção do sigilo da sua identidade como usuário, dos profissionais de saúde e da unidade pesquisada. Se você aceitar participar, estará contribuindo para esclarecer fatos que contribuem para o desenvolvimento qualificado da Atenção Primária à Saúde e que influenciam no processo de trabalho das unidades básicas de saúde.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço karlasantacruzcoelho@gmail.com ou pimenteel.juliana@gmail.com, pelo telefone (22) 998033823, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ – Macaé (CEP UFRJ-Macaé), através do e-mail: cepufrjmaca@gmail.com

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

___/___/___

(Assinatura do voluntário)

(Nome do voluntário – letra de forma)

___/___/___

(JULIANA CAROLINE DIAS DE ARAUJO PIMENTEL / KARLA SANTA CRUZ
COELHO - PESQUISADORAS)

(JULIANA CAROLINE DIAS DE ARAUJO PIMENTEL / KARLA SANTA CRUZ
COELHO- PESQUISADORAS)

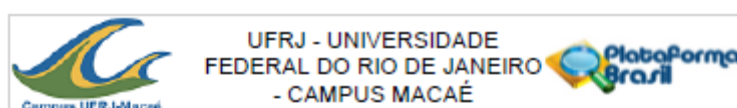
(Assinatura da Testemunha, se necessário)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao voluntário indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir por ele.

___/___/___

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERCURSO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO DAS OSTRAS NA PANDEMIA DA COVID-19

Pesquisador: KARLA SANTA CRUZ COELHO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 40700120.0.0000.5699

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

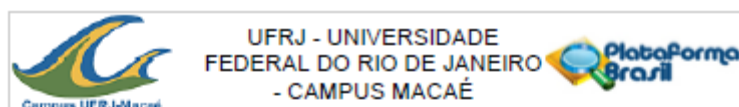
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.707.773

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e narrativa. Pauta-se em uma narrativa fictícia a partir de experiências vividas pela autora, tendo como referencial teórico desta pesquisa a cartografia (ROLNIK, 2014), onde a mesma acompanhou encontros, processos de trabalho e desdobramentos. A cartografia atua em um caminhar que trabalha sob uma ação não prescritiva, onde suas metas são traçadas considerando os efeitos de pesquisa sobre o que é estudado. Tal método investiga os processos de produção da subjetividade, levando em consideração que o homem está em modificação constante, sendo a cartografia expressiva quando aborda a realidade social, desta forma, têm seus conceitos ressignificados a partir do encontro com o outro. Apesar de não possuir um desenho metodológico, possui elementos que a validam como método, como o acesso à experiência concreta (CINTRA et al., 2017; PASSOS; KASTRUP, 2013). O cenário de pesquisa deste trabalho será o Município de Rio das Ostras, localizado na Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. As informações coletadas para esta pesquisa serão dadas através do Diário Cartográfico (DC) da pesquisadora, pois os dados são produzidos em ato (GOMES e MERHY, 2014). Inicialmente, será realizado um resgate dos registros e descrito uma narrativa fictícia a partir do DC, que tem como característica o registro da afetabilidade de caráter intuitivo, é um processo de atualização "da virtualidade vivida no campo, uma presentificação permanente deste "passado" (SLOMP, 2020). Para a avaliação dos dados será feita leituras e desmembramentos no DC, entendendo que no percurso cartográfico, o material empírico não sofre uma "avaliação" ao final da pesquisa, trata-se

Endereço: Av. Aluizio de Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4008 **E-mail:** cepuf@macae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.707.773

de um modo não interpretativo e processual. O que é registrado no DC se compõe em camadas, que vão se sobrepor, geram novas escrituras em uma atemporalidade, logo, a "análise de dados" inicia-se desde o primeiro momento e não se finda nas primeiras publicações, é um processo mútuo (SLOMP, 2020). Além do DC, serão selecionados prontuários de forma aleatória, por meio de sorteios, dentro dos critérios de inclusão a fim de identificar o percurso do usuário na busca pelo seu atendimento de acordo com o registro dos profissionais de saúde. O acesso a estes prontuários terão por objetivo de fortalecer e acrescentar na construção da narrativa fictícia, respeitando o sigilo do usuário. Posteriormente, ao final desta leitura e reflexão por parte da autora, pretende-se construir uma narrativa fictícia para discutir problemas levantados e identificados de acordo com a sua afetabilidade. Adiante, criar o fluxograma analisador, com a finalidade de entender o percurso que o protagonista da narrativa trilhou dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Compreender o percurso feito pelo usuário acometido de COVID-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras.

Objetivos Específicos:

- a. Descrever uma narrativa de cuidado partir de um encontro entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado.
- b. Discutir o fluxograma analisador do usuário acometido de COVID-19 na Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio das Ostras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

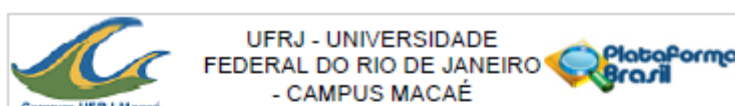
Riscos:

A pesquisa será baseada no material empírico do Diário Cartográfico da pesquisadora, assim como o acesso aos prontuários da unidade, ocorrendo o risco de ser identificadas as unidades pesquisadas e expostas as informações confidenciais do usuário. Como forma de minimizar os riscos, será assegurada a confidencialidade e a manutenção do sigilo, a identidade dos usuários, profissionais e unidade.

Benefícios:

Elucidar fatores que contribuam para o desenvolvimento qualificado da APS e que influencie no processo de trabalho das unidades.

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
 Bairro: Novo Cavaleiros CEP: 27.930-560
 UF: RJ Município: MACAÉ
 Telefone: (22)2141-4006 E-mail: cepuf@macae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.707.773

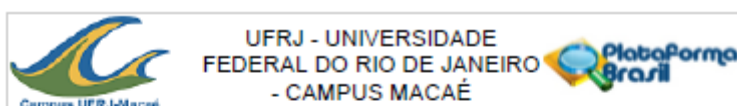
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de mestrado, que apresenta o olhar importante sobre a narrativa a partir das experiências vividas da pesquisadora no processo de trabalho. A pesquisa está vinculada ao projeto "Entendimento do COVID-19 na Região Norte Fluminense e Baixada Litorânea: Ações, perspectivas e impactos", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus UFRJ-Macaé, CAAE 32186520.7.0000.5699 em 09/06/2020. Os pesquisadores apresentaram no primeiro momento da avaliação deste CEP o termo de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos, justificando que é um estudo observacional, analítico ou descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; porque todos os dados serão gerenciados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e porque se trata de um estudo não intervencionista sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina / tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos. Na análise do CEP no mês de fevereiro do ano corrente, o colegiado em reunião ordinária pediu que optasse pelo uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que desse maiores informações sobre os motivos que impedem a assinatura de um TCLE seja por óbito do paciente ou pela incapacidade de entrar em contato com o mesmo por outros motivos. A partir desta recomendação os pesquisadores optaram por aplicar o TCLE. A última análise, o CEP recomendou que fizesse a atualização do cronograma de pesquisa, bem como utilizasse no TCLE palavras de fácil compreensão do participante da pesquisa, e assim o colegiado orientou a substituir palavras do TCLE como "percurso", "elucidar", "decorrentes" por palavras de mais fácil compreensão do participante da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para a pesquisa envolvendo seres humanos: adequado.
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado.
- 4) Cronograma: adequado.
- 5) Carta de Anuência da Instituição Cenário: adequado.
- 6) Instrumento de Coleta de Dados: adequado.
- 7) Termo de compromisso dos pesquisadores: adequado.

Endereço: Av. Aluizio de Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
 Bairro: Novo Cavaleiros CEP: 27.930-560
 UF: RJ Município: MACAÉ
 Telefone: (22)2141-4008 E-mail: cepuf@macae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.707.773

8) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado

Recomendações:

Não há recomendações já que as pendências foram atendidas, como a substituição das palavras no TCLE para melhor compreensão do participante da pesquisa e a atualização cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a avaliação da documentação submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, este colegiado emite o parecer de aprovação deste protocolo de pesquisa.

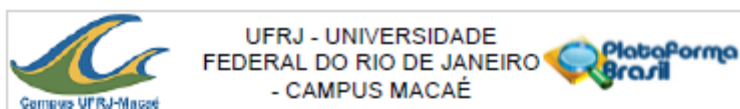
Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) pesquisador(a), ao término da pesquisa é necessário apresentar o Relatório Final (modelo disponível no site <http://www.macaé.ufrj.br> - comissões permanentes > CEP – Ética em Pesquisa). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para o encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1670219.pdf	15/04/2021 16:48:10		Aceito
Outros	formulario derespostas ependencias versao3.odt	15/04/2021 16:44:06	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Cronograma	cronogramarevisado3.pdf	15/04/2021 16:43:35	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreesclarecido revisado2.pdf	15/04/2021 16:42:30	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Cronograma	cronogramarevisado2.pdf	05/03/2021 13:15:26	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Outros	Formulario de Respostas e Pendencias Versao2.pdf	05/03/2021 12:53:53	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacaoREVISADO.pdf	05/03/2021 12:52:45	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de	TermodeConsentimentoLivreesclarec	05/03/2021	Juliana Caroline	Aceito

Endereço: Av. Aluizio de Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
 Bairro: Novo Cavaleiros CEP: 27.930-560
 UF: RJ Município: MACAÉ
 Telefone: (22)2141-4006 E-mail: cepuf@macae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.707.773

Assentimento / Justificativa de Ausência	Ido.pdf	12:51:43	Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Outros	Formularioderespostaaspendencias.docx	22/01/2021 16:33:17	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Cronograma	RevisadoCronograma.pdf	22/01/2021 16:10:28	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RevisadoSolicitacaodelsencaodoTCL E.pdf	22/01/2021 16:07:14	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Folha de Rosto	RevisadofolhaDeRosto.pdf	22/01/2021 16:05:43	Juliana Caroline Dias De Araujo Pimentel	Aceito
Orçamento	OrcamentodaPesquisa.pdf	24/11/2020 14:25:56	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeapresentacaoProfEmerson.pdf	24/11/2020 14:24:46	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedadosprontuario.pdf	24/11/2020 14:24:22	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	Termodeautorizacaoconcoletadedados.pdf	24/11/2020 14:23:35	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	Declaracaodeinstituicaoocoparticipante.pdf	24/11/2020 14:22:49	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculosLattesJulianaCarolineDiasDeAraujoPimentel.pdf	24/11/2020 14:21:57	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLatteskarlasantacruzcoelho.pdf	24/11/2020 14:21:25	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissodasPesquisadoras.pdf	24/11/2020 14:18:54	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Solitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CartadeApresentacao.pdf	24/11/2020 14:18:28	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacao.pdf	24/11/2020 14:17:01	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito

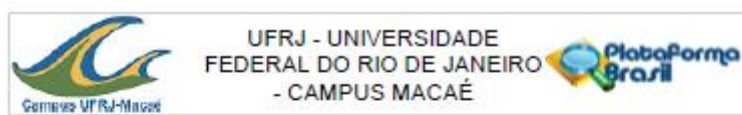
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Aluizio de Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
 Bairro: Novo Cavaleiros CEP: 27.930-560
 UF: RJ Município: MACAÉ
 Telefone: (22)2141-4008 E-mail: cepuf@macae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.707.773

MACAÉ, 12 de Maio de 2021

Assinado por:
Thiago da Silveira Alvares
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Aluizio de Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros CEP: 27.930-560
UF: RJ Município: MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 E-mail: cepuf@macae@gmail.com